

介護情報(入院時等)共有シート

情報提供日 年 月 日

病院名	
-----	--

あて

事業所名	
担当者名	
電話番号	
FAX番号	

(入院日 年 月 日)

氏名		生年月日		年齢	性別	身長	体重
		明・大・昭 年 月 日		歳	男・女	cm	kg
緊急連絡先	氏名	続柄	住所		電話番号		

既往歴	
要介護度	<input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 区分変更中 <input type="checkbox"/> 要支援 1・2 <input type="checkbox"/> 要介護 1・2・3・4・5 有効期間: 年 月 日 ~ 年 月 日

家族構成図	家族・生活の状況に関する情報
主…主介護者 ☆…キーパーソン ○…女性 □…男性	住環境 <input type="checkbox"/> 一戸建 <input type="checkbox"/> 集合住宅(階建 階) エレベーター あり・なし サービス利用状況 <input type="checkbox"/> 訪問介護(回/週) <input type="checkbox"/> 訪問看護(回/週) <input type="checkbox"/> 通所介護(回/週) <input type="checkbox"/> 通所リハビリ(回/週) <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ(回/週) <input type="checkbox"/> 短期入所(回/週) <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与(内容:) <input type="checkbox"/> その他()

入院前のADL	自立	見守り	一部介助	全介助	要支援は必要事項のみ記入
移動方法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 手引き <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 杖使用 <input type="checkbox"/> 歩行器使用 <input type="checkbox"/> 装具・補助具使用
食事	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 軟菜 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> ペースト <input type="checkbox"/> 経管栄養(<input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> その他())
口腔ケア	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	義歯: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 特記()
入浴	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 自宅(浴室) <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 通所系サービス
更衣	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
排泄	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	場所: <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> オムツ(<input type="checkbox"/> 夜間のみ) 医療処置: <input type="checkbox"/> バルーンカテーテル <input type="checkbox"/> ストマ
服薬管理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
夜間の状態	<input type="checkbox"/> 良眠 <input type="checkbox"/> 眠剤使用() <input type="checkbox"/> 不穏()				
認知症	なし・あり (特記事項)				
徘徊行動	なし・あり				

障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度)	自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2
認知症高齢者の日常生活自立度	自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M
医療機関(主治医等)	() () () ()

在宅復帰にあたり考慮いただきたい内容

連絡事項・その他