

入院時／退院・退所時情報提供書

ふりがな		性別	生年月日	要介護度	生活保護
氏名		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年 月 日 () 歳		<input type="checkbox"/> 無 / <input type="checkbox"/> 有
ふりがな		本人との関係	連絡先	申請日	担当CW
キーパーソン			Tel: _____	月 日	

◆入院時情報提供欄 (別添資料 無 有: 枚)

情報提供日	<input type="checkbox"/> 面談 <input type="checkbox"/> 送付	年 月 日
面談者：所属	職種	氏名
情報提供事業所名：	情報提供者名（担当ケアマネジャー）：	
電話番号：	FAX番号：	
入院日：	年 月 日	
既往歴： 1	現病状：	
2		
3		
備考（	）	
かかりつけ医	(<input type="checkbox"/> 外来通院 <input type="checkbox"/> 訪問診療)	
①医療機関	主治医：	
連絡先住所：	Tel: _____	
①医療機関	主治医：	
連絡先住所：	Tel: _____	
住環境	<input type="checkbox"/> 一戸建 <input type="checkbox"/> 集合住宅 階段(<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無)	
家族状況	<input type="checkbox"/> 単身 <input type="checkbox"/> 同居者有 ()	
サービス	<input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> ショートステ <input type="checkbox"/> 訪問 <input type="checkbox"/> 浴 <input type="checkbox"/> 福祉用具 その他 ()	
利用状況	<input type="checkbox"/> 訪問看護 ()	
食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 要介助 (形態 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> ペース <input type="checkbox"/> 刻 <input type="checkbox"/> ソフ <input type="checkbox"/> 食 <input type="checkbox"/> 経管栄養)	
移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 要介助 (移動の種類： <input type="checkbox"/> 手引き <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> シルバー <input type="checkbox"/> 車椅子)	
入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 要介助	
排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 要介助 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポトイレ <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> ロリハパン (<input type="checkbox"/> 常時 <input type="checkbox"/> 夜間のみ)	
口腔ケア	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 要介助	入れ歯： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
薬	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 要介助	一包化： <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要
障害高齢者日常生活自立度：	[] ()	
認知症状	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 認知症高齢者日常生活自立度： <input type="checkbox"/> 立 / <input type="checkbox"/> 不 ()	
夜間の状態	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 問題有 (状況：)	
その他（心身の状況・生活環境・介護の様子・ご本人の望む暮らし等）		
精神薬処方 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		

この情報はご本人の了承を頂いて提供しています。

退院に向けてのお願い

1) 退院が決まり次第、ご連絡を頂ければ幸いです。

2) 必要に応じて、退院時の情報提供をお願い致します。

◆退院・退所情報記録欄（面接結果をケアマネが記入します）

面接日：①回目 年 月 日 / ②回目 年 月 日	
情報提供機関名：	
所属／職種／氏名 ①	
所属／職種／氏名 ②	
電話番号 ① ②	
入院期間 年 月 日 ～ 年 月 日（予定）	
主病名：	
主症状：	
（感染症、投薬の注意事項）	
特別な医療：	
<input type="checkbox"/> 点滴の管理 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 透 <input type="checkbox"/> ロストーマ（人工肛門） <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 気管切開の処置 <input type="checkbox"/> 疼痛管 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 褥瘡の処置 <input type="checkbox"/> 留置カテーテル <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> その他（ ） （導入予定の医療サービス）	
訪問診療の必要性： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ ）	
栄養制限 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ ）kcal / 塩分制限： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ ）g/日	
水分制限 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ ）ml / 嚥下： <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良	
食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 要介助 （形態 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> ペース <input type="checkbox"/> 刻 <input type="checkbox"/> ソフ <input type="checkbox"/> 食 <input type="checkbox"/> 経管栄養）
移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 要介助 （移動の種類 <input type="checkbox"/> 手引 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> シルバー <input type="checkbox"/> 車椅子）
入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 要介助 最終入浴日：
排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 要介助 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> Pトイレ <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> リハビリ（ <input type="checkbox"/> 日中/ <input type="checkbox"/> 夜間のみ）
口腔ケア	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 要介助
薬	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 要介助 一包化： <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要
障害高齢者日常生活自立度：（ ）	
認知症状： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 認知症高齢者日常生活自立度： <input type="checkbox"/> 立/ <input type="checkbox"/> 不（ ）	
夜間の状態： <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 問題有（状況： ）	
リハビリテーション <input type="checkbox"/> 不要/ <input type="checkbox"/> 要（頻度：週 回）	
運動制限 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ ）	
療養上の留意事項（医師、看護師、理学療法士からの注意点など）	
記録者	事業所名：
	担当ケアマネジャー：

診療報酬の退院時共同指導料二の注三の対象となる会議（カンファレンス）に参加した場合、本様式ではなく、当該会議（カンファレンス）の日時、開催場所、出席者、内容の要点等について居宅サービス計画書等に記載して下さい。

◆書式作成：横浜市介護支援専門員連絡協議会 医療連携委員会
 「中区版」は横浜市介護支援専門員連絡協議会に了解をとり、項目の配置を変更した書式です。