

送信先:

御中・様

FAX:

電話:

【入院時情報連携シート】

入院日:平成 年 月 日
記載日:平成 年 月 日

この情報は利用者(患者)、家族の同意を得て提供しています。

1. 利用者(患者)基本情報

医療機関	患者ID	ふりがな	性別	生年月日
	氏名		男・女	明・大・昭 年 月 日生 歳
要介護度	未申請・区分変更中・新規申請中・非該当・総合事業対象者 要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5		介護保険の 自己負担割合	1・2・3 割
障害	無・有(身障手帳 種 級)			
サービス 利用状況	訪問介護・通所介護・通所リハ・訪問看護・訪問診療・福祉用具(詳細)			
認知症	無・軽度・中度・重度 周辺症状()	認知症高齢者 日常生活自立度	自立・Ⅰ・Ⅱa・Ⅱb・Ⅲa・Ⅲb・Ⅳ・Ⅴ (備考 主治医の意見書・認定調査票)	
経済状況	生活保護受給(担当者)・非課税世帯・課税世帯()			
年金	無年金・国民年金・厚生年金・障害年金・その他()			
かかりつけ医	医療機関名:	担当医名:	電話番号:	
訪問看護	事業所名:	担当者名:	電話番号:	

2. 家族・住宅状況

世帯構成	独居・同居家族あり(構成)・日中独居			
主介護者	(続柄 ・ 歳)	同居・別居	連絡先	
キーパーソン	(続柄 ・ 歳)	同居・別居	連絡先	
介護力	良好・やや不足・不足	介護者の健康状態	良好・やや不良・不良	
住環境	戸建て・集合住宅 ()階建て	居室()階	エレベーター 有・無	

3. 身体・生活機能の状況

食事	自立・見守り・一部介助・全介助	食事形態	普通・とろみ・刻み・ペースト・経管栄養	
嚥下機能	むせなし・時々むせる・常にむせる	口腔清潔	自立・見守り・一部介助・全介助	
入浴	自立・見守り・一部介助・全介助	更衣	自立・見守り・一部介助・全介助	
排泄	自立・見守り・一部介助・全介助	介助方法	オムツ・ポータブルトイレ (常時・夜間のみ)	
移動	自立・見守り・一部介助・全介助	補助用具	杖・歩行器・シルバーカー・車いす・その他	
視力	問題なし・やや難あり・困難	眼鏡	無・有	義歯の使用
聴力	問題なし・やや難あり・困難	補聴器	無・有	無・有()
内服管理	自立・他者管理(管理者:)		管理方法:)	
服薬状況	処方通り服用・時々飲み忘れ・飲み忘れが多い・服薬拒否			

4. 退院後の在宅生活の展望

在宅復帰要件	
特記事項	
退院前カンファレンス実施の必要性	有・無

*上記情報の詳細の確認、その他必要な内容等がございましたら、下記事業所の担当者までご連絡ください。

事業所名:	住所	担当者名:
	TEL	
	FAX	

このシートは、武蔵野市在宅医療・介護連携推進協議会 入退院時支援部会で検討し作成したものです。

平成30年10月1日作成