

入院時情報提供書

令和 年 月 日

※ は、記入の必須項目

【情報提出先】

医療機関名	
担当者名	

【情報提出元】

事業所名	
担当者名	
電話番号	

【基本情報】

フリガナ氏名		生年月日		年齢		性別	
住所				電話番号			
経済状況							
家族構成図				<input type="checkbox"/> = 男性 <input type="checkbox"/> = 女性 <input style="border: 1px solid black;" type="checkbox"/> = 男性本人 <input style="border: 1px solid black; border-radius: 50%;" type="checkbox"/> = 女性本人 <input style="background-color: black; width: 10px; height: 10px; display: inline-block;" type="checkbox"/> = 男性死去 <input style="background-color: black; width: 10px; height: 10px; display: inline-block; border-radius: 50%;" type="checkbox"/> = 女性死去 KP = キーパーソン <input style="border: 1px dashed black; width: 15px; height: 15px; display: inline-block;" type="checkbox"/> = 同居枠			
親族状況	フリガナ氏名	住所	続柄	連絡先	職業	備考	
緊急連絡先	フリガナ氏名	住所	続柄	連絡先	職業	備考	
住宅環境	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 借家 <input type="checkbox"/> 集合住宅（ 建 階） エレベーター <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無						

【介護・医療情報】

要介護状態区分		有効期間	
サービス内容			
在宅主治医			
既往歴			

【ADLの状況】

	在宅時の状況	特記事項
移動	自立・一部介助・介助・その他（ ） (見守り・手引き・杖・歩行器・シルバーカー・車椅子)	
食事	自立・一部介助・介助・その他（ ） (ペースト・刻み・ソフト食・普通・経管栄養)	
排泄	自立・見守り・介助 オムツ(無・常時・夜間のみ)	
入浴	自立・一部介助・介助・不可 シャワー浴・清拭	
服薬	自立・一部介助・介助・その他（ ）	
服薬内容		
医療処置	バルーンカテーテル・ストマ・気管切開・褥瘡 ・喀痰吸引・胃ろう・その他（ ）	
認知症	無・有(ある場合は短期記憶障害などの症状を記入)	
介護上の問題	無・有(幻視・幻覚・興奮・不穏・妄想・暴力・昼夜逆転・不眠・徘徊・危険行為・不潔行為・意思疎通困難)	

【連絡事項】

--

確認者

印

入院時情報提供書

令和〇〇年〇〇月〇〇日

※ は、記入の必須項目

記入例

【情報提出先】

医療機関名	〇〇病院
担当者名	地域連携室 〇〇 〇〇 様

【情報提出元】

事業所名	しずない〇〇居宅介護支援事業所
担当者名	介護支援専門員 〇〇 〇〇
電話番号	0146-12-3456

【基本情報】

フリガナ氏名	シズナイ タロウ 静内 太郎	生年月日	〇年〇月〇日生	年齢	〇 歳	性別	男
住所	新ひだか町静内〇〇町〇丁目〇番〇号			電話番号	0146-01-2345		

経済状況 **国民年金と厚生年金**

家族構成図

□ = 男性 ○ = 女性

□ (solid) = 男性本人

○ (solid) = 女性本人

■ (solid) = 男性死去

● (solid) = 女性死去

KP = キーパーソン

--- (dashed box) = 同居枠

	フリガナ氏名	住所	続柄	連絡先	職業	備考
親族状況	シズナイ イチロウ 静内 一郎	新ひだか町〇〇町〇丁目〇番〇号	長男	090-1234-5678	会社員	
	シズナイ ジロウ 静内 二郎	札幌市〇区〇丁目〇番〇号	次男	090-1234-5678	会社員	
	ヤマダ ハナコ 山田 花子	東京都〇区〇丁目〇番〇号	長女	不明	不明	疎遠

	フリガナ氏名	住所	続柄	連絡先	職業	備考
緊急連絡先	シズナイ イチロウ 静内 一郎	新ひだか町〇〇町〇丁目〇番〇号	長男	090-1234-5678	会社員	
	シズナイ モモコ 静内 桃子	同上	長男妻	090-8765-4321	無職	

住宅環境 自宅 借家 集合住宅（ 建 階） エレベーター 有 無

【介護・医療情報】

要介護状態区分	要介護 1	有効期間	〇年〇月〇日～〇年〇月〇日
サービス内容	訪問介護 1回/週 (〇〇訪問介護事業所)	家事全般の支援	
	訪問看護 1回/週 (〇〇訪問看護事業所)	服用薬セット等	
在宅主治医	〇〇クリニック 〇〇医師		
既往歴	1 パーキンソン症候群 2 閉塞性動脈硬化症		

【ADLの状況】

	在宅時の状況	特記事項
移動	自立・一部介助・介助・その他 () (見守り・手引き・杖・歩行器・シルバーカー・車椅子)	杖歩行で屋内外歩行しているが転倒の恐れがあるため付き添いが必要
食事	自立・一部介助・介助・その他 () (ペースト・刻み・ソフト食・普通・経管栄養)	刻み食での食事は可能であるが、トロミをつけなければ誤嚥の可能性あり
排泄	自立・見守り・介助 オムツ (無・常時・夜間のみ)	夜間は失禁の恐れがあるため本人の希望によりおむつ使用
入浴	自立・一部介助・介助・不可 シャワー浴・清拭	手の届かないところは介助の必要がある。また、入浴は心疾患のあるため15分までと医師より指示有
服薬	自立・一部介助・介助・その他 ()	自己管理では飲み忘れがあるため服薬カレンダーへのセットが必要
服薬内容	・眠剤デパス 就寝前 書ききれない場合は薬情添付	誤嚥の為、服薬時もとろみ必要
医療処置	バルーンカテーテル・ストマ・気管切開・褥瘡 ・喀痰吸引・胃ろう・その他 ()	右臀部に治りかけであるが褥瘡有
認知症	無・有 (ある場合は短期記憶障害などの症状を記入) 薬の飲み忘れが多い	
介護上の問題	無・有 (幻視・幻覚・興奮・不穏・妄想・暴力・昼夜逆転・不眠・徘徊・危険行為・不潔行為・意思疎通困難)	たまにいないはずの子供が見えることがある。

【連絡事項】

<p>例1) キーパーソンである長男は日中仕事をしているため、何かあった場合や入院時に足りないものがある場合は長男妻が対応可能である。</p> <p>親族や緊急連絡先のない方は支援者を記入</p> <p>病院にお知らせしたい事や備考欄として使って下さい。</p> <p>例2) 独居であり、周りに親族はいない。入院中の準備等は 知人 〇〇 〇子氏 静内〇〇町〇丁目〇番〇号 Ⅱ0146-〇〇-〇〇〇〇へ連絡、協力してくれる。</p>
--

確認者

印