

入院時情報提供書（紹介元医療機関→旭川赤十字病院）

記入日： 年 月 日

入院日： 年 月 日

情報提供日： 年 月 日

医療機関名		旭川赤十字病院	
ご連絡・担当者名		血液腫瘍内科 酒井医師	
TEL	FAX		

利用者(患者)／家族の同意に基づき、利用者情報（身体・生活機能など）の情報を提供します。

利用者（患者）基本情報	フリガナ		生年月日		明・大・昭 年 月 日			
	氏名		様					
	住所		〒	性別	男・女	年齢	() 歳	
	住環境		住居の種類（戸建て・集合住宅） _____階建て		居室 _____階	エレベーター（有・無）		
	日常生活自立度		<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2				□医師の判断	
	障害など認定		<input type="checkbox"/> 身体（種 級） <input type="checkbox"/> 精神（ 級） <input type="checkbox"/> 知的（ A・B ）				□ケアマネジャーの判断	
	経済状況		□年金〔年金の種類（ ）年金〕		□生活保護	□その他（ ）		
家族構成／連絡先	・キーパーソンに☆印 ・主介護者に※印 ・同居者を線で囲む		氏名	続柄	年齢	TEL・連絡先等		
	主介護者							
	キーパーソン							
	備考欄							
	退院後の世帯状況		<input type="checkbox"/> 上記と同じ <input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢世帯 <input type="checkbox"/> 子と同居（家族構成員 _____人） * <input type="checkbox"/> 日中独居					
退院後の主介護者		<input type="checkbox"/> 上記と同じ <input type="checkbox"/> 左記以外（氏名 _____ 続柄 _____ 年齢 _____）						
介護力*		<input type="checkbox"/> 介護力が見込める（ <input type="checkbox"/> 十分 ・ <input type="checkbox"/> 一部） <input type="checkbox"/> 介護力は見込めない <input type="checkbox"/> 家族や支援者はいない						
家族や同居者等による虐待の疑い*		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 別紙（有・無）						
かかりつけ医	医療機関名	医師名	連絡先	受診方法	頻度	疾患名		
				<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 訪問診療	() 回/月			
				<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 訪問診療	() 回/月			
疾患歴*		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 悪性腫瘍 <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 急性呼吸器感染症 <input type="checkbox"/> 脳血管障害 <input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> その他（ ）						
入院歴*	最近半年間での入院	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> あり（理由： _____）（期間：H・R 年 月 日～H・R 年 月 日）						
	入院頻度	<input type="checkbox"/> 頻度は高い/繰り返している <input type="checkbox"/> 頻度は低い、これまでにもある <input type="checkbox"/> 今回が初めて						
入院前に実施している医療処置*		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 経鼻栄養 <input type="checkbox"/> 経腸栄養 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 尿道カテーテル <input type="checkbox"/> 尿路ストーマ <input type="checkbox"/> 消化管ストーマ <input type="checkbox"/> 痛みコントロール <input type="checkbox"/> 排便コントロール <input type="checkbox"/> 自己注射（ ） <input type="checkbox"/> その他（ ）						
介護保険	入院時の要介護度	<input type="checkbox"/> 要支援（ ） <input type="checkbox"/> 要介護（ ） <input type="checkbox"/> 申請中（申請日 _____） <input type="checkbox"/> 区分変更（申請日 _____） <input type="checkbox"/> 未申請						
	介護保険の自己負担割合	<input type="checkbox"/> _____割 <input type="checkbox"/> 不明	有効期間	年 月 日 ～ 年 月 日				
	入院前のサービス利用状況	<input type="checkbox"/> 利用なし <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ <input type="checkbox"/> デイサービス/デイケア <input type="checkbox"/> ショートステイ <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与 <input type="checkbox"/> 福祉用具購入 <input type="checkbox"/> 住宅改修 <input type="checkbox"/> その他（ ） ※居宅サービス計画書 第1表・第2表・第3表の添付（有・無）						

		状況				特記事項・支援内容等	
麻痺の状況		なし	あり ()				
褥瘡の有無		なし	あり ()				
A D L	起居動作	自立	見守り	一部介助	全介助		
	移 動	移動(室内)	自立	見守り	一部介助	全介助	
			杖	歩行器	車いす	その他	
	移動(屋外)	自立	見守り	一部介助	全介助		
		杖	歩行器	車いす	その他		
	移 乗	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		
	整 容	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		
	排 泄 *	排尿	自立	見守り	一部介助	全介助	
排便		自立	見守り	一部介助	全介助		
ポータブルトイレ		なし	夜間		常時		
オムツ/パッド		なし	夜間		常時		
口 腔	嚥下機能	むせない		時々むせる	常にむせる		
	義歯	なし	あり(部分・総)	口臭	なし	あり	
	口腔清潔	良		不良	著しく不良		
食 事	摂取方法	経口	経管栄養	水分とろみ	なし	あり	
	食事の摂取	自立	見守り	一部介助	全介助		
	食事の回数	() 回/日 (朝__時・昼__時・夜__時)					
	食事制限	不明	なし	あり()			
	食事形態	普通	きざみ	嚥下障害食	ミキサー		
	UDF等の食形態区分						
	水分制限	不明	なし	あり()			
睡 眠	良	不良()		眠剤の使用	なし	あり	
喫 煙	なし		あり__本くらい/日				
飲 酒	なし		あり__合くらい/日あたり				
コ ミュ ニ ケー ション 能 力	視力	問題なし		やや難あり	困難		
	眼鏡	なし	あり	補聴器	なし	あり	
	聴力	問題なし		やや難あり	困難		
	言語	問題なし		やや難あり	困難		
	意思疎通	問題なし		やや難あり	困難		
精神面における療養上の問題	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 焦燥・不穏 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 暴力/攻撃性 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 危険行為 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> その他 ()						
服 薬 管 理	居宅療養管理指導	なし	あり (職種 :)				
	管理	<input type="checkbox"/> 自己管理 <input type="checkbox"/> 他者 ()					
	服薬状況	<input type="checkbox"/> 処方通り服用 <input type="checkbox"/> 時々飲み忘れ <input type="checkbox"/> 飲み忘れが多い、処方が守られていない <input type="checkbox"/> 服薬拒否					
本 人 / 家 族 の 意 向	趣味・興味・関心領域等					本 人 の 生 活 歴	
	入院前の生活に対する意向	※居宅サービス計画書 第1表参照					
	本人						
家族							
今後の在宅生活の展望について (ケアマネジャーとしての意見)							
在宅生活に必要な要件							
世帯に対する配慮	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要 ()						
カンファレンス等について (ケアマネジャーからの希望)							
院内の多職種カンファレンスへの参加	<input type="checkbox"/> 希望あり		退院前訪問指導を実施する場合の同行		<input type="checkbox"/> 希望あり		
退院前カンファレンスへの参加	<input type="checkbox"/> 希望あり		具体的な要望 ()				

*=診療報酬 退院支援加算 1. 2 「退院困難な患者の要因」に関連