

●入院(初診)時情報提供シート(案) 記入日 年 月 日 情報提供日 年 月 日

事業所名	
担当者名	
電話番号	
FAX番号	



医療機関名	
担当部署・担当者名	
電話番号	
FAX番号	

フリガナ		生年月日	明 大 昭 年 月 日	年齢	歳	性別	男 女
氏名							

住所		電話番号	
----	--	------	--

緊急時連絡先	氏名	住所	続柄	電話番号

家族構成図	特定疾患医療受給	<input type="checkbox"/> 有(疾患名:) <input type="checkbox"/> 無
主・主介護者 ☆・キーパーソン ○・女性 □・男性	障害手帳	<input type="checkbox"/> 身体 <input type="checkbox"/> 知的 <input type="checkbox"/> 精神 (等級: 種別:)
	原爆手帳	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	生活保護の受給	<input type="checkbox"/> 有 (担当CW名) <input type="checkbox"/> 無
	要介護度	<input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 区分変更中 要支援 1 2 要介護 1 2 3 4 5 有効期間 (平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日) <input type="checkbox"/> 事業対象者 <input type="checkbox"/> 未申請
	住環境	<input type="checkbox"/> 一戸建 <input type="checkbox"/> 集合住宅 ()階建てエレベーター <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有

かかりつけ医	医療機関名() <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 訪問診療 Tel
	直近の意見書を書いた医師名 ()

疾患名、病歴など	
----------	--

ADL・IADL	自立 見守り 一部介助 全介助	在宅での様子
----------	-----------------	--------

移動方法	<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
------	--

口腔清潔	<input type="checkbox"/> 義歯 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
------	---

食 事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 治療食 (<input type="checkbox"/> 糖尿病食 <input type="checkbox"/> 高血圧食 <input type="checkbox"/> 腎臓病食 <input type="checkbox"/> その他) 摂取量 (割)
		主食: <input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> ミキサー 水分: <input type="checkbox"/> とろみ剤使用 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
		副食: <input type="checkbox"/> 通常 <input type="checkbox"/> 一口大 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> 極小刻み <input type="checkbox"/> ミキサー (<input type="checkbox"/> とろみ付)
		摂取方法: <input type="checkbox"/> はし <input type="checkbox"/> スプーン <input type="checkbox"/> その他 () 嚥下・咀嚼状況(留意点) ()

更衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
----	---

入浴	<input type="checkbox"/> 自宅(浴室) <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 通所系サービス <input type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> 清拭
----	---

排泄	<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"/> リハビリパンツ (<input type="checkbox"/> 常時 <input type="checkbox"/> 夜間のみ)
----	---

服薬管理	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	薬物アレルギーの有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
------	---	--

認知症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M 特記事項 ()
-----	---	--

療養上の問題	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 不穏 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転
		<input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 危険行為 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 意思疎通困難 <input type="checkbox"/> その他 ()

医療処置	<input type="checkbox"/> 在宅酸素療法 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 自己注射 ()
	<input type="checkbox"/> 尿道カテ <input type="checkbox"/> ストマ <input type="checkbox"/> じょくそう <input type="checkbox"/> その他 ()

買い物	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(誰が支援しているか:)
調理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(誰が支援しているか:)
掃除	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(誰が支援しているか:)
金銭管理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(誰が支援しているか:)
外出手段	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 車(運転) <input type="checkbox"/> 車(助手席) <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> タクシー

生活歴	
-----	--

趣味活動	
------	--

サービス利用状況・サービス事業所名

<input type="checkbox"/> 訪問介護	(回/週) ()	<input type="checkbox"/> 訪問リハ	(回/週) ()
<input type="checkbox"/> 訪問看護	(回/週、うち医療保険 (回/週) ()		
<input type="checkbox"/> 通所介護	(回/週) ()	<input type="checkbox"/> 通所リハ	(回/週) ()
<input type="checkbox"/> 短期入所	(回/週) ()	<input type="checkbox"/> その他	()
<input type="checkbox"/> 福祉用具貸与	(内容:) ()		

週間 予定		月	火	水	木	金	土	日
	午前							
	午後							

特記事項

●障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度)について
 自立 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2

●入院前の生活状況

●退院後の希望(本人・家族の意向、かかりつけ医・在宅サービス側の方針等)

●その他

◆退院時情報提供シート(案)

記入日 年 月 日

病院・診療所名	
担当部署・担当者名	
電話番号	
FAX番号	



事業所名	
担当者名	
電話番号	
FAX番号	

フリガナ		生年月日	明 大 昭 年 月 日	年齢	歳	性別	男 女
氏名							

住所	〒			電話番号	
----	---	--	--	------	--

緊急時連絡先	氏名	住所	続柄	電話番号

家族構成図		特定疾患医療受給者証	<input type="checkbox"/> 有(疾患名:) <input type="checkbox"/> 無
主…主介護者 ☆…キーパーソン ○…女性 □…男性	障害者手帳	<input type="checkbox"/> 身体 <input type="checkbox"/> 知的 <input type="checkbox"/> 精神 <input type="checkbox"/> 身体 (程度:)	
	原爆手帳	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	生活保護の受給	<input type="checkbox"/> 有(担当CW名:) <input type="checkbox"/> 無	
	要介護度	<input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 区分変更中 要支援 1 2 要介護 1 2 3 4 5 有効期間 (平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日) <input type="checkbox"/> 事業対象者 <input type="checkbox"/> 未申請	

入院期間	入院日: 年 月 日 ~ 退院(予定)日: 年 月 日
------	-----------------------------

入院の原因となった病名	
-------------	--

入院までの経過	
---------	--

病院主治医		かかりつけ医	医療機関名()
次回再来日	年 月 日		<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 訪問診療 TEL

病院からの患者・家族への病状の説明内容と患者・家族の受け止め方、患者・家族の今後の希望	

家族の介護力	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(留意点)
--------	---

家族への介護指導	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 …理解の状況 <input type="checkbox"/> 十分 <input type="checkbox"/> 不十分(問題点:)
----------	--

退院時処方	
-------	--

病気に対する危険予測	
------------	--

緊急時の対応	処置の方法: 連絡先: 搬送先:
--------	---------------------

ADL	自立	見守り	一部介助	全介助	入院中の様子					
移動方法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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					
移乗方法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
口腔清潔	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	義歯: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					
食事	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 治療食(<input type="checkbox"/> 糖尿病食 <input type="checkbox"/> 高血圧食 <input type="checkbox"/> 腎臓病食 <input type="checkbox"/> その他)摂取量(割)					
					主食: <input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> ミキサー 水分:とろみ剤使用 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし					
					副食: <input type="checkbox"/> 通常 <input type="checkbox"/> 一口大 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> 極小刻み <input type="checkbox"/> ミキサー (<input type="checkbox"/> とろみ付)					
					水分摂取量:1日 ml とろみ剤使用 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 無					
					アレルギー: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () 食への意欲 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有					
					摂取方法: <input type="checkbox"/> はし <input type="checkbox"/> スプーン <input type="checkbox"/> その他 () 嚥下・咀嚼状況(留意点())					
更衣	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
入浴	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	入浴の制限: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 浴槽 <input type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> 清拭 <input type="checkbox"/> その他 ())					
排泄	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/> リハビリパンツ(<input type="checkbox"/> 常時 <input type="checkbox"/> 夜間のみ)					
服薬管理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
認知症	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> IIa	<input type="checkbox"/> IIb	<input type="checkbox"/> IIIa	<input type="checkbox"/> IIIb	<input type="checkbox"/> IV	<input type="checkbox"/> M	特記事項()
療養上の問題	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 不穏 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転							
			<input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 危険行為 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 意思疎通困難 <input type="checkbox"/> その他()							
医療処置	<input type="checkbox"/> 在宅酸素療法 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 自己注射()									
	<input type="checkbox"/> 尿道カテ <input type="checkbox"/> ストマ <input type="checkbox"/> じょくそう <input type="checkbox"/> その他 ()									
◆リハビリ目標及び内容, 頻度, 運動制限(リハビリから確認)										
◆看護を行っている気になったこと(入院中のエピソード, 家族と当事者間の言動等)										
◆本人, 家族の退院に対する意向(患者と家族との意向の相違)										
◆連絡事項・その他										

ふりがな		年齢	歳	性別	男 ・ 女
氏名					
受診目的 (該当に☑)	<input type="checkbox"/> 社会資源・介護保険に関すること <input type="checkbox"/> 専門医受診希望 <input type="checkbox"/> 診断書作成	<input type="checkbox"/> 鑑別診断希望 <input type="checkbox"/> 入院希望	<input type="checkbox"/> 対処方法 <input type="checkbox"/> 主治医意見書作成 <input type="checkbox"/> その他		
かかりつけ医からの紹介状	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし				

問題行動及び発生時期・頻度	
あてはまる症状に○をする。 ①徘徊 ②不眠・昼夜逆転 ③興奮・危険行為・大声 ④多動・意欲低下 ⑤妄想・幻視・幻聴・独語 ⑥異食 ⑦失禁・異所排泄・不潔行為 ⑧過食・拒食・拒薬 ⑨虚言・作話 ⑩自殺企図 ⑪性的異常行動 ⑫帰宅願望 ⑬転倒・転落 ⑭その他	→ 該当の番号の、発生時期・頻度・きっかけなど記入

コミュニケーション能力	聴力障害：あり（右・左）・なし 補聴器の使用：あり（右・左）・なし 視力障害：あり・なし （眼鏡の使用：あり なし ） 理解力：あり・なし
性格 気質	
生きがい 趣味	
生活歴（学歴含む）	
本人の意向	
家族の意向	

備考： ◎入院（初診）時情報提供シートを添付する
 記入の注意点 ①療養上の問題については記入不要です。
 ②家族構成図は3親等（本人含め）記入する

該当する箇所の□に✓を入れて+R:R[8]ください。

<input type="checkbox"/> 置き忘れやしまい忘れが増えた <input type="checkbox"/> 大事な約束を忘れる <input type="checkbox"/> 物忘れの自覚がない <input type="checkbox"/> 直前の記憶が抜け落ちる(同じ話を何度もする) <input type="checkbox"/> 感情は保たれているので一見普通に見える <input type="checkbox"/> 財布等を盗まれたなどと作り話をする <input type="checkbox"/> 時間や場所がわからなくなる	<input type="checkbox"/> 出来る事と出来ない事の差が大きい <input type="checkbox"/> 物忘れの自覚がある <input type="checkbox"/> よく物忘れをするがヒントがあれば思い出す <input type="checkbox"/> 昼夜が逆転している <input type="checkbox"/> 感情の起伏や喜怒哀楽が激しい <input type="checkbox"/> すぐに涙ぐむなどの感情失禁がある <input type="checkbox"/> 反応に時間がかかる <input type="checkbox"/> いづれかの身体症状(麻痺・むせる・喋りにくい・歩きにくい)	<input type="checkbox"/> 良い時と悪い時の差が激しい(日内変動) <input type="checkbox"/> ありありとした幻視(人や動物が多い) <input type="checkbox"/> パーキンソン症状がある <input type="checkbox"/> 寝言や睡眠中に叫ぶことが多い <input type="checkbox"/> 以下のいづれかがある(妻が二人いる・天井が歪んで見える・人の気配を感じる) ※パーキンソン症状とは…小刻み歩行やすみ足、突進型歩行などの症状を伴うものこと。	<input type="checkbox"/> 性格が別人のように見える <input type="checkbox"/> 万引きなどの無頓着な行動がある <input type="checkbox"/> 日に何度も同じコースを徘徊する <input type="checkbox"/> 性的な逸脱行為がある <input type="checkbox"/> 座ったかと思うとすぐに立ち上がることを繰り返す <input type="checkbox"/> 語彙数が減少し、同じ言葉を繰り返す <input type="checkbox"/> 衝動的な行動がある
--	--	--	--

<input type="checkbox"/> 考え方に柔軟性がなくなり、頑固で疑い深くなった <input type="checkbox"/> イライラして元気がなくなった <input type="checkbox"/> 注意力が散漫になって、やりなれた作業や仕事にミスが目立つようになった <input type="checkbox"/> 日や曜日を思い出せない <input type="checkbox"/> 置き忘れやしまい忘れが目立つようになり、探しものが増えた	
<input type="checkbox"/> 買い物に行くと同じものばかり買ってくる／冷蔵庫が賞味期限切れのものや腐ったものであふれている <input type="checkbox"/> ゴミを出す日を間違えて近所とトラブルを起こす <input type="checkbox"/> ガスの消し忘れがあり、鍋を焦がすことが多くなった <input type="checkbox"/> 得意であった料理が一人では出来なくなった <input type="checkbox"/> 月を間違える(月を思い出せない) <input type="checkbox"/> 生活圏域から離れたところで道に迷う <input type="checkbox"/> 食べたことを忘れる <input type="checkbox"/> 薬やお金の管理ができない <input type="checkbox"/> リモコンの操作ができない(道具が使えない)	
<input type="checkbox"/> 家族がわからなくなる(娘を姉と間違う) <input type="checkbox"/> 近所でも道に迷う／自宅のトイレの場所が分からない <input type="checkbox"/> 話しかけた言葉が理解できず指示に従えない(介護に抵抗する) <input type="checkbox"/> 服をうまく着ることが出来ない(前後・裏表・上下・順番が分からない) <input type="checkbox"/> 物を見てもそれが何であるかが分からない <input type="checkbox"/> 食べ物でないものを食べる(異食) <input type="checkbox"/> 自分の物と人の物の区別がつかない <input type="checkbox"/> 自発性が低下し自分からは何もしようとしない <input type="checkbox"/> 鏡に映った自分に話かける	