

入退院連携シート（入院時情報提供書） 居宅用

病院名：

病棟名： 担当看護師御中

氏名	様	生年月日	年	月	日（	歳）	□男 □女
入院理由							
生活環境							<家族の状況> 介護者 キーパーソン
主治医							
保険・ 社会福祉 等	□障害者手帳		級		□療育手帳		
	□特定疾患受給者証						
	介護保険：要支援 1 2 要介護 1 2 3 4 5 □未 □申請中 [新規・更新・変更]						
	ケアマネジャー名			事業所名			
	□入浴サービス □訪問介護 □ショートステイ □デイサービス						
利用者の状況						（左記の詳細）	
身体状況	寝たきり度 □J(自立) □A(外出要介助) □B(座位可) □C(寝たきり) 認知症高齢者の日常生活自立度 □自立 □I □II □III □IV □M 麻痺 □無 □左上肢 □右上肢 □左下肢 □右下肢 拘縮 □無 □左上肢 □右上肢 □左下肢 □右下肢 褥瘡 □無 □有（部位 ）（□D3 □D4 □D5） □視力障害（□右 □左） □聴力障害（□右 □左） □言語障害 睡眠障害 □無 □有（睡眠薬 ）						
療養生活 に関わる 動作 (ADL)	①食事 □自立 □一部介助 □介助 □見守り □経管栄養※ 形態 □普通 □粥 □きざみ □ペースト □とろみ ※□経鼻 □胃瘻 栄養剤名 （1日量 栄養 kCal 水分 ml） （Fr 製品名 ）最終交換日 /						
	②排泄 □自立 □介助（□オムツ □ポータブル □尿器） □尿道留置カテーテル（Fr ）最終交換日 / □ストマ 最終交換日 / 下剤の使用 □無 □有（ ） 最終排便日 /						
	③清潔 □入浴 □シャワー □清拭 □口腔ケア 更衣 □自立 □部分介助 □全介助						
	④歩行 □自立 □杖 □歩行器 □車いす（□操作可 □介助） □体位変換介助 □起座介助 □移乗介助						

上記情報を報告することについて、利用者・家族の承諾を得ています。 平成 年 月 日

居宅介護支援事業所：

TEL

FAX

担当ケアマネジャー氏名：