入院時情報提供書（様式1）

記入日：　　年　　月　　日
入院日：　　年　　月　　日
情報提供日：　　年　　月　　日

入 院 時 情 報 提 供 書

医療機関 ⟵ 居宅介護支援事業所

医療機関名：　　事業所名：
ご担当者名：　　ケアマネジャー氏名：
TEL：　　FAX：

利用者(患者)／家族の同意に基づき、利用者情報(身体・生活機能等)の情報を送付します。是非ご活用下さい。

1. 利用者(患者)基本情報について

患者氏名	(フリガナ)	性　別	□男 □女	年　齢	歳
		生年月日	□明 □大 □昭　年　月　日		
住　所	〒 糸魚川市	TEL			
住環境 ※可能なら ば、「写真」等 を添付	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）				
	特記事項　（　　）				
入院時の 要介護度 ・体　重	要支援（□1 □2）要介護（□1 □2 □3 □4 □5）□事業対象者 有効期間：　年　月　日 ～　年　月　日	体重	kg		
	□申請中(申請日　年　月　日) □区分変更(申請日　年　月　日) □未申請				
障害高齢者 の日常生活 自立度	□自立 □J1 □J2 □A1 □A2 □B1 □B2 □C1 □C2 □医師の判断 □ケアマネジャーの判断	認知症 高齢者の 日常生活 自立度	□自立 □Ⅰ □Ⅱa □Ⅱb □Ⅲa □Ⅲb □Ⅳ □M □医師の判断 □ケアマネジャーの判断		
精神症状	□なし □記憶障害 □判断・理解力の低下 □失語・失認・失行 □攻撃的行為 □自傷行為 □徘徊 □不穏興奮 □独語 □不潔行為 □収集癖 □その他(　　)				
介護保険自 己負担割合	□1割 □2割 □3割 □不明	ジェノグラム			
障害等の 認　定	□なし □あり（□身体 □精神 □知的）				
年金等の 種　類	□国民年金 □厚生年金 □障害年金 □生活保護 □その他(　　)				

2. 家族構成／連絡先について

世帯構成	□独居 □高齢者世帯 □子と同居 ＊□日中独居 □その他(　　)			
主介護者氏名	（続柄　・　歳）	□同居 □別居	TEL	
キーパーソン	（続柄　・　歳）	□同居 □別居	TEL	

＊＝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

3. 本人／家族の意向について

本人の趣味・興味・関心領域等	
本人の生活歴	
入院前の本人の生活に対する意向	□ 同封の居宅サービス計画（１）参照
入院前家族の生活に対する意向	□ 同封の居宅サービス計画（１）参照
施設入所意向等	本人 ： □ なし □ あり □ 不明　家族 ： □ なし □ あり □ 不明 施設入所申込み □ なし □ あり（施設名 ： ）

4. 入院前の介護サービスの利用状況について

入院前介護サービス利用状況	□ 訪問介護 (ホームヘルパー) ：週＿＿回　□ 通所リハビリテーション（デイケア）：週＿＿回 □ 訪問看護 ：週＿＿回　□ 短期入所 (ショートステイ) ：月＿＿回 □ 訪問入浴 ：週＿＿回　□ 小規模多機能 ：月＿＿回 □ 訪問リハビリテーション ：週＿＿回　□ 福祉用具貸与 ：＿＿品目 □ 通所介護 (デイサービス) ：週＿＿回　□ 住宅改修なし □ あり（ ） □ その他（ ）

5. 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	
退院後の世帯状況	□ 独居 □ 高齢世帯 □ 子と同居（家族構成員数　名）＊ □ 日中独居 □ その他( )
世帯に対する配慮	□ 不 要 □ 必 要( )
退院後の主介護者	□ 本シート２に同じ □ 左記以外（氏名　続柄　・年齢　歳）
介護力*	□ 介護力が見込める（□ 十分 □ 一部） □ 介護力は見込めない □ 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*	□ な し □ あ り（ ）
特記事項	

6. 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	□ 希望あり
「退院前カンファレンス」への参加	□ 希望あり 具体的な要望（ ）
「退院前訪問指導」を実施する場合の同行	□ 希望あり

＊＝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