

入院時情報提供用紙 【居宅介護支援事業所等 → 病院】 京都府共通様式

御中

介護等の情報を提供いたします。入院中のケアや退院調整に御活用いただければ幸いです。

フリガナ		性別	生年月日	歳
氏名	様	男・女	明・大・昭 年 月 日	

利用者情報	要介護度	申請中	要支援 1 2	要介護 1 2 3 4 5	障がい等の認定	なし	身障 ( ) 難病 ( )	療育 ( ) 精神 ( )	
	障がい高齢者 日常生活自立度	自立 J1	J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2	認知症高齢者 日常生活自立度	自立	I IIa IIb IIIa IIIb IV M			
	食事	自立	見守り	要介助	介助内容：				
	食形態	普通食	その他	形態：					
	口腔清潔	自立	要介助	義歯・有・無	介助内容：				
	排泄	自立	見守り	要介助	介助内容：				
	排泄方法	トイレ	ポータブル	おむつ					
	入浴	自立	見守り	要介助	介助内容：				
	入浴場所	自宅風呂	通所	訪問入浴					
	移動	自立	見守り	要介助	介助内容：				
	移乗	自立	見守り	要介助	介助内容：				
	衣服の着脱	自立	見守り	要介助	介助内容：				
	睡眠の状態	良眠	問題あり	状況：					
介護上、特に支障となる点、注意すべき点等									

住まいの状況	住環境	一戸建て	集合住宅	階・エレベーター (有無)
	室内移動・外出・排泄・入浴場面等での住環境上の問題点及び住宅改造の必要性			
家族情報	家族構成	単身	高齢者世帯	同居あり ( )
	特に留意すべき点			

主介護者	フリガナ		続柄	同居・別居 (どちらかに○をつけて下さい)
	氏名	様		TEL ( ) - FAX ( ) -
キーパー	フリガナ		続柄	同居・別居 (どちらかに○をつけて下さい)
	氏名 □同上	様		TEL ( ) - FAX ( ) -
緊急時	フリガナ		続柄	同居・別居 (どちらかに○をつけて下さい)
	氏名 □同上	様		TEL ( ) - FAX ( ) -

介護に関する本人・家族の意向、生活機能が入院前より低下した場合に生じると予想される問題点、退院に際しての留意点等

退院調整・支援の必要性 (あり、なし)

かかりつけ医

医療機関名	主治医
居宅介護支援事業所 ケアプラン作成 (無・有) ※サービスの利用状況については添付のケアプラン1・2・3表、アセスメントシート、フェイスシートなどをご参照ください。	
事業所名	担当介護支援専門員
住所	TEL ( ) -
	FAX ( ) -
	メール @

作成年月日 平成 年 月 日