

入院時情報提供書

記入日： 年 月 日
 入院日： 年 月 日
 情報提供日： 年 月 日

居宅介護支援事業所  医療機関

紀南病院 地域連携室 宛

事業所名：

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・生活機能など)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)	年齢	才	性別	男	女
		生年月日	明・大・昭	年	月	日生
住所	〒	電話番号				
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) (賃貸・持ち家)					
	特記事項 ()					
入院時の要介護度	<input type="checkbox"/> 要支援 () <input type="checkbox"/> 要介護 () 有効期間 (~) <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					
障害など認定	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (身体・精神・知的)					
年金などの種類	<input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> その他()					

2. 家族構成／連絡先について

家族構成 キーパーソン (K) 主介護者(S) 同居範囲	<input type="checkbox"/> — <input type="checkbox"/>	連絡先 (氏名・続柄・TEL)	
		(フリガナ)	
		①	()
		TEL	
		(フリガナ)	
		②	()
TEL			
(フリガナ)			
③	()		
TEL			
世帯構成	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> 子と同居 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 日中独居		

3. 本人について

本人の生活歴	
--------	--

4. 入院前の介護サービスの利用状況について

入院前の介護サービスの利用状況	
-----------------	--

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	
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 ()
特記事項	

6. かかりつけ医について

かかりつけ医機関名		電話番号	
医師名	(フリガナ)	診察方法・頻度	<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 訪問診療 ・頻度 = () 回 / 月

* = 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