

入院時情報提供書		〇〇病院地域連携室		△△様	
作成日	平成 年 月 日	事業所名			
入院日	平成 年 月 日	担当者名			
情報提供日	平成 年 月 日	電話番号			
		FAX番号			
以下の情報は、利用者本人及び家族の同意に基づき提供しています。退院の見込が出ましたら速やかにご連絡ください。					
基本情報					
ふりがな		性別	生年月日		
氏名		男性 <input type="checkbox"/> 女性 <input checked="" type="checkbox"/>	M・T・S	年 月 日 (歳)	
住所		電話番号			
ふりがな		続柄	同居 <input type="checkbox"/> 別居 <input checked="" type="checkbox"/>		
家族氏名		緊急連絡先	決定権を持った人、すぐに来てくれる人を優先に記入		
世帯状況	家族同居 <input type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> 独居 <input checked="" type="checkbox"/>	第2連絡先			
住環境等	一戸建て <input type="checkbox"/> 借家 <input checked="" type="checkbox"/>	家族構成			
家族の介護状況、介護サービス利用状況	訪問介護 週2回 独居であるが、近くの長女が介護している。				
介護保険情報等					
要介護度			有効期間		被保険者番号
要支援 1 2	要介護 1 2 3 4 5	申請中	平成27年 4月 1日～平成29年 3月31日		
障害等認定	難病(疾患名 -)	身障(-)級	療育(有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/>)		
生活保護受給	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/>				
入院前の疾患及びADL情報					
現病歴・既往症 高血圧症、誤嚥性肺炎 誤嚥の既往歴があれば記入してください。					
かかりつけ医	① 主治医意見書記入医		② 〇〇整形外科		優先記入順位
※主治医意見書記入医は必ず記載してください。	内容 高血圧症		内容 往診腰痛		・主治医意見書記入医 ・往診医 ・歯科医
身体状況	麻痺	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 不明	(症状等)		
	筋力低下	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 不明	(症状等 立ち上がりがやや困難 具体的な症状でなくても気になる点があれば記)		
	褥瘡	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 不明	(症状等)		
	皮膚疾患	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 不明	(症状等)		
生活機能	歩行	<input checked="" type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 一部介助	(状態等)		
	食事	<input checked="" type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 一部介助	(状態等)		
	入浴	<input type="checkbox"/> 可 <input checked="" type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 一部介助	(状態等)		
	排泄	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助	(状態等 見守りが必要 一部介助の場合は、必ず状態等を記入する。その他、特記事項等あ)		
	服薬状況	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助	(状態等 用意すれば自分で飲める)		
認知症 日常生活自立度	Ⅰ: ほぼ自立 <input type="checkbox"/> Ⅱ: 困難さが多少あるが誰かが注意していれば自立 <input checked="" type="checkbox"/> Ⅲ以上: 日常生活支障有り、要介護				
精神的症状	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (症状等 夜になると大声を出す。)				