

### 参考様式3 あ・うんネット周南 入院時情報提供シート (介護支援専門員⇒病院)

このシートは、平成28年度あ・うんネット周南『退院支援ワーキンググループ会議』で、関係者の意見をとりまとめた参考様式です。  
 ※各事業所の既存様式の使用を妨げるものではありません。既存様式がない場合や、様式の見直しをする際の参考として活用ください。  
 ※記載用・入力用ともに、周南市HPよりダウンロード可

事業所名		➔	病院・診療所名	
担当者名			担当部署・担当者名	
電話番号 <small>(もともと連絡のつきやすい)</small>			電話番号	
FAX番号			FAX番号	

記入日 年 月 日

ふりがな			性別	生年月日	
氏名				昭和 年 月 日 ( 歳)	
住所	TEL		家族構成図		
緊急連絡先	続柄 ( )	TEL (自宅)	(同居家族は○で囲む ★キーパーソン)		
	氏名	TEL (携帯)			
	続柄 ( )	TEL (自宅)			
	氏名	TEL (携帯)			
住宅環境	<input type="checkbox"/> 一戸建て <input type="checkbox"/> 集合住宅 ( 階) エレベーター( <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 )		家族との関係性		
経済状況	<input type="checkbox"/> 年金 <input type="checkbox"/> 有 ( ) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 生活保護 担当CW( )				
入院に至る経緯					
既往歴					
かかりつけ医等	かかりつけ 医療機関名 ( )		<input type="checkbox"/> 通院	<input type="checkbox"/> 訪問診療	TEL ( )
	直近の意見書を書いた医師名 ( )				
	通院医療機関名 ( )				
	通院医療機関名 ( )				
介護認定等	<input type="checkbox"/> 事業対象者 <input type="checkbox"/> 要支援 ( <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 )		<input type="checkbox"/> 要介護 ( <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 )		
	<input type="checkbox"/> 申請中 ( <input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 更新 <input type="checkbox"/> 区分変更 )		有効期限(平成 年 月 日)		
障害等認定	<input type="checkbox"/> 身障 ( ) 級 <input type="checkbox"/> 精神 ( ) 級		療育( <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 )		
	<input type="checkbox"/> 原爆 <input type="checkbox"/> 特定疾患 ( )				
サービス利用状況 (サービス事業所名)	<input type="checkbox"/> 訪問看護	回 / 週 ( )	内容( )		
	<input type="checkbox"/> 訪問リハ	回 / 週 ( )			
	<input type="checkbox"/> 訪問介護	回 / 週 ( )	内容( )		
	<input type="checkbox"/> 通所リハ	回 / 週 ( )			
	<input type="checkbox"/> 通所介護	回 / 週 ( )			
	<input type="checkbox"/> 短期入所・短期療養	回 / 月 ( )			
	<input type="checkbox"/> その他	( )			

【裏面あり】

		自立	見守り	一部介助	全介助	該当項目に記入	備考欄 (その他の内容含む)	
A D L	移動方法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	【屋内】 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 杖使用 <input type="checkbox"/> 歩行器使用 <input type="checkbox"/> 装具・補助具使用		
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	【屋外】 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 杖使用 <input type="checkbox"/> 歩行器使用 <input type="checkbox"/> 装具・補助具使用		
	口腔清潔	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	かかりつけ歯科医( ) 食物残渣 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 義歯: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 義歯の汚れ: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
	食 事		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 治療食( <input type="checkbox"/> 糖尿病食 <input type="checkbox"/> 高血圧食 <input type="checkbox"/> 腎臓病食 <input type="checkbox"/> その他 )	
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	主食: <input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> ミキサー	
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	副食: <input type="checkbox"/> 通常 <input type="checkbox"/> 一口大 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> 極小刻み <input type="checkbox"/> ミキサー	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	水分: <input type="checkbox"/> とりみ剤使用 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
更衣	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
入浴	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
排泄	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	場所: <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> その他			
服薬管理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	薬名( ) 薬物アレルギーの有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明			
感染症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> HBV <input type="checkbox"/> HCV MRSA: <input type="checkbox"/> 保菌 <input type="checkbox"/> 発症 <input type="checkbox"/> その他( )			
認知症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M			
療養上の問題	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 危険行為 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 意思疎通困難 <input type="checkbox"/> その他			
医療処置	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 在宅酸素療法 (業者名: ) <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 (業者名: ) <input type="checkbox"/> 気管切開 (最終交換日: ) <input type="checkbox"/> 胃ろう (最終交換日: ) <input type="checkbox"/> 経管栄養 (最終交換日: ) <input type="checkbox"/> 尿道カテ (最終交換日: ) <input type="checkbox"/> 自己注射 ( ) <input type="checkbox"/> ストマ <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> その他 ( )			
連絡事項・その他								
特 記 事 項								
○身体機能 (四肢麻痺、筋力低下、視力障害、聴力障害、言語障害、皮膚疾患の有無など)								
○生活環境 (住環境の問題など)								
○その他 (ご本人の望む暮らし、性格、趣味など)								