

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（福岡圏域版）

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・生活機能など）の情報を送付します。是非ご活用ください。

### 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<br>※可能な限り写真などを添付  | 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）<br>特記事項（ ）                                                                                                                                                                                                                                                  |      |       |    |                                     |                                                                      |
| 入院時の要介護度              | <input type="checkbox"/> 要支援（ ） <input type="checkbox"/> 要介護（ ） 有効期限： 年 月 日～ 年 月 日<br><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                                                                                                    |      |       |    |                                     |                                                                      |
| 障害高齢者の日常生活自立度         | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2                                      |      |       |    | <input type="checkbox"/> 医師の判断      |                                                                      |
| 認知症高齢者の日常生活自立度        | <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                                                              |      |       |    | <input type="checkbox"/> ケアマネジャーの判断 |                                                                      |
| 介護保険の所得による減額「負担限度額認定」 | <input checked="" type="checkbox"/> 第1段階 <input checked="" type="checkbox"/> 第2段階 <input checked="" type="checkbox"/> 第3段階① <input checked="" type="checkbox"/> 第3段階②<br><input checked="" type="checkbox"/> 対象外 <input checked="" type="checkbox"/> 未申請 <input checked="" type="checkbox"/> 申請中 |      |       |    | 障害など認定                              | <input type="checkbox"/> なし<br><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

|         |                                                                                                                                                                                 |  |         |      |     |  |
|---------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------|------|-----|--|
| 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（ ）<br>* <input type="checkbox"/> 日中独居                     |  |         |      |     |  |
| 主介護者氏名  | （続柄： ・ 才）                                                                                                                                                                       |  | （同居・別居） |      | TEL |  |
| キーパーソン  | （続柄： ・ 才）                                                                                                                                                                       |  | 連絡先     | TEL: | TEL |  |
| 生活上の問題点 | <input checked="" type="checkbox"/> 生活環境：<br><input checked="" type="checkbox"/> 家族背景：<br><input checked="" type="checkbox"/> 問題行動：<br><input checked="" type="checkbox"/> その他： |  |         |      |     |  |

### 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 | <input type="checkbox"/> 同封の居宅サービス計画(1)参照 |
| 入院前の家族の生活に対する意向 | <input type="checkbox"/> 同封の居宅サービス計画(1)参照 |

### 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 | 同封の書類をご確認ください。<br><input type="checkbox"/> 居宅サービス計画書1.2.3表 <input type="checkbox"/> 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         | <input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢世帯 <input type="checkbox"/> 子と同居（家族構成員数 名） * <input type="checkbox"/> 日中独居<br><input type="checkbox"/> その他     |
| 世帯に対する配慮         | <input type="checkbox"/> 不要<br><input type="checkbox"/> 必要（ ）                                                                                                         |
| 退院後の主介護者         | <input type="checkbox"/> 本シート2に同じ <input type="checkbox"/> 左記以外（氏名 続柄 ・年齢                                                                                             |
| 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<br><input type="checkbox"/> 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要望）

|                     |                                          |
|---------------------|------------------------------------------|
| 「院内の多職種カンファレンス」への参加 | <input type="checkbox"/> 希望あり            |
| 「退院前カンファレンス」への参加    | <input type="checkbox"/> 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 | <input type="checkbox"/> 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

☒ = 福岡圏域における追加項目

7. 身体・生活機能の状況／療養生活上の課題について

|                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                     |        |       |       |                                                            |                                                                                                                                                                                                        |                                                                                        |                                                                                     |             |
|-------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|-------|-------|------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------|
| 麻痺の状況                               | なし                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 軽度                                                                                                                                                  | 中度     | 重度    | 褥瘡の有無 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ） |                                                                                                                                                                                                        |                                                                                        |                                                                                     |             |
| A<br>D<br>L                         | 移 動                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 自立                                                                                                                                                  | 見守り    | 一部介助  | 全介助   | <input type="checkbox"/> 移動（室内）                            | <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他                                                                                      |                                                                                        |                                                                                     |             |
|                                     | 移 乗                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 自立                                                                                                                                                  | 見守り    | 一部介助  | 全介助   | <input type="checkbox"/> 移動（屋外）                            | <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他                                                                                      |                                                                                        |                                                                                     |             |
|                                     | 更 衣                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 自立                                                                                                                                                  | 見守り    | 一部介助  | 全介助   | 起居動作                                                       | 自立                                                                                                                                                                                                     | 見守り                                                                                    | 一部介助                                                                                | 全介助         |
|                                     | 整 容                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 自立                                                                                                                                                  | 見守り    | 一部介助  | 全介助   |                                                            |                                                                                                                                                                                                        |                                                                                        |                                                                                     |             |
|                                     | 入 浴                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 自立                                                                                                                                                  | 見守り    | 一部介助  | 全介助   |                                                            |                                                                                                                                                                                                        |                                                                                        |                                                                                     |             |
| 食 事                                 | 自立                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 見守り                                                                                                                                                 | 一部介助   | 全介助   |       |                                                            |                                                                                                                                                                                                        |                                                                                        |                                                                                     |             |
| 食<br>事<br>内<br>容                    | 食事回数                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | （ ）回／日（朝 時頃・昼 時頃・夜 時頃）                                                                                                                              |        |       |       | 食事制限                                                       | <input type="checkbox"/> あり（ ） <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明                                                                                                                 |                                                                                        |                                                                                     |             |
|                                     | 食事形態                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> きざみ <input type="checkbox"/> 嚥下障害食 <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> ゼリー食 |        |       |       | 摂食嚥下リハ<br>2021                                             | <input type="checkbox"/> 0 j <input type="checkbox"/> 0 t <input type="checkbox"/> 1 j <input type="checkbox"/> 2-1 <input type="checkbox"/> 2-2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 |                                                                                        |                                                                                     |             |
|                                     | 摂取方法                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経管栄養                                                                                           |        | 水分とろみ |       | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり    | 水分制限                                                                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> あり（ ） <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 |                                                                                     |             |
| 口<br>腔                              | 嚥下機能                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | むせない                                                                                                                                                |        | 時々むせる |       | 常にむせる                                                      |                                                                                                                                                                                                        | 義歯                                                                                     | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ 部分・総 ）                     |             |
|                                     | 口腔清潔                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 良                                                                                                                                                   |        | 不良    |       | 著しく不良                                                      |                                                                                                                                                                                                        | 口臭                                                                                     | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり                             |             |
| 排<br>泄<br>*                         | 排尿                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 自立                                                                                                                                                  | 見守り    | 一部介助  | 全介助   | <input checked="" type="checkbox"/> 尿意                     | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり                                                                                                                                                | ポータブルトイレ                                                                               | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 夜間 <input type="checkbox"/> 常時 |             |
|                                     | 排便                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 自立                                                                                                                                                  | 見守り    | 一部介助  | 全介助   | <input checked="" type="checkbox"/> 便意                     | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり                                                                                                                                                | オムツ／パッド                                                                                | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 夜間 <input type="checkbox"/> 常時 |             |
| 睡眠の状態                               | 良                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 不良（ ）                                                                                                                                               |        |       | 眠剤の使用 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり    |                                                                                                                                                                                                        |                                                                                        |                                                                                     |             |
| 喫煙                                  | 無                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 有                                                                                                                                                   | 本くらい／日 |       | 飲酒    | 無                                                          | 有                                                                                                                                                                                                      | 合くらい／日あたり                                                                              |                                                                                     |             |
| コ<br>ミュ<br>ニ<br>ケー<br>ション<br>能<br>力 | 視力                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 問題なし                                                                                                                                                |        | やや難あり |       | 困難                                                         |                                                                                                                                                                                                        | 眼鏡                                                                                     | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）                          |             |
|                                     | 聴力                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 問題なし                                                                                                                                                |        | やや難あり |       | 困難                                                         |                                                                                                                                                                                                        | 補聴器                                                                                    | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり                             |             |
|                                     | 言語                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 問題なし                                                                                                                                                |        | やや難あり |       | 困難                                                         |                                                                                                                                                                                                        | コミュニケーションに関する特記事項：                                                                     |                                                                                     |             |
|                                     | 意思疎通                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 問題なし                                                                                                                                                |        | やや難あり |       | 困難                                                         |                                                                                                                                                                                                        |                                                                                        |                                                                                     |             |
| 認<br>知                              | 物忘れ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 問題なし                                                                                                                                                |        | 軽度    |       | 中度                                                         |                                                                                                                                                                                                        | 重度                                                                                     |                                                                                     | 認知に対する特記事項： |
|                                     | 失見当                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 問題なし                                                                                                                                                |        | 軽度    |       | 中度                                                         |                                                                                                                                                                                                        | 重度                                                                                     |                                                                                     |             |
|                                     | 問題行動                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 問題なし                                                                                                                                                |        | 軽度    |       | 中度                                                         |                                                                                                                                                                                                        | 重度                                                                                     |                                                                                     |             |
| 精神面における療養上の問題                       | <input type="checkbox"/> なし<br><input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 焦燥・不穏 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 暴力／攻撃性 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 不眠<br><input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 危険行為 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> その他（ ）                                                                                                              |                                                                                                                                                     |        |       |       |                                                            |                                                                                                                                                                                                        |                                                                                        |                                                                                     |             |
| 疾患歴*                                | <input type="checkbox"/> なし<br><input type="checkbox"/> 悪性腫瘍 <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 急性呼吸器感染症 <input type="checkbox"/> 脳血管障害 <input type="checkbox"/> 骨折<br><input type="checkbox"/> その他（ ）                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                     |        |       |       |                                                            |                                                                                                                                                                                                        |                                                                                        |                                                                                     |             |
| 入<br>院<br>歴<br>*                    | 最近半年間での入院                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（理由： 期間： H 年 月 日 ～ H 年 月 日）<br><input type="checkbox"/> 不明                                   |        |       |       |                                                            |                                                                                                                                                                                                        |                                                                                        |                                                                                     |             |
|                                     | 入院頻度                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> 頻度は高い／繰り返している <input type="checkbox"/> 頻度は低いが、これまでにもある <input type="checkbox"/> 今回が初めて                                     |        |       |       |                                                            |                                                                                                                                                                                                        |                                                                                        |                                                                                     |             |
| 入院前に実施している医療処置*                     | <input type="checkbox"/> なし<br><input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 経鼻栄養 <input type="checkbox"/> 経腸栄養 <input type="checkbox"/> 褥瘡<br><input type="checkbox"/> 尿道カテーテル <input type="checkbox"/> 尿路ストーマ <input type="checkbox"/> 消化管ストーマ <input type="checkbox"/> 痛みコントロール <input type="checkbox"/> 排便コントロール<br><input type="checkbox"/> 自己注射（ ） <input type="checkbox"/> その他（ ） |                                                                                                                                                     |        |       |       |                                                            |                                                                                                                                                                                                        |                                                                                        |                                                                                     |             |

8. お薬について ※必要に応じて、「お薬手帳（コピー）」を添付

|             |                                                                                                                                           |          |                                                               |
|-------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|---------------------------------------------------------------|
| 内服薬         | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）                                                                                | 居宅療養管理指導 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（職種： ） |
| 薬剤管理        | <input type="checkbox"/> 自己管理 <input type="checkbox"/> 他者による管理（・管理者： ） ・管理方法： （ ）                                                         |          |                                                               |
| 服薬状況        | <input type="checkbox"/> 処方通り服用 <input type="checkbox"/> 時々飲み忘れ <input type="checkbox"/> 飲み忘れが多い、処方が守られていない <input type="checkbox"/> 服薬拒否 |          |                                                               |
| お薬に関する、特記事項 |                                                                                                                                           |          |                                                               |

9. かかりつけ医について

|            |        |                                                                 |         |                                                                                                                                                                                                                             |  |
|------------|--------|-----------------------------------------------------------------|---------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| かかりつけ医療機関名 |        |                                                                 | 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<br>・頻度 = （ ）回／月                                                                                                                                                   |  |
| 通院方法       | 付き添い   | <input type="checkbox"/> なし 続柄： <input type="checkbox"/> あり 氏名： | 移動方法    | <input type="checkbox"/> 自家用車（ <input type="checkbox"/> 自分運転 <input type="checkbox"/> 同乗 ） <input type="checkbox"/> 乗り合いバス・タクシー<br><input type="checkbox"/> タクシー <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> その他： |  |

\* = 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

☒ = 富岡圏域における追加項目