

送信先: 病院 様

入退院情報連携シート

ふりがな 氏名	性別 男・女	生年月日 明・大・昭 年 月 日 ( 歳)	要介護
ふりがな 主介護者氏名	本人との関係	連絡先	
キーパーソン	本人との関係	連絡先	

◆入院時情報提供欄(別添付資料 無・有 → 枚) ◆退院情報欄(ケアマネジャー記載項目)→ご自身で記載して下さい

情報提供事業所名 担当ケアマネジャー 電話番号	居宅介護支援事業所 FAX番号	情報提供機関名 所属・職種・氏名 電話番号	病院 病棟 Dr.: Ns.:
入院日 年 月 日		退院日 年 月 日 (予定)	
【既往歴】  *備考	【家族構成】  ※キーパーソン	【疾病の状態】 主病名: 副病名: 主症状: 既往歴: 手術: 無・有(手術名: )	
【かかりつけ医】 医療機関/主治医名 /Dr. 連絡先:		【次回受診日】 科 年 月 日 ( ) 時	
住環境 一戸建て 集合住宅 *階段(無・有)		医療処置 □点滴の管理 □中心静脈栄養 □透析 □酸素療法 □ストマ(人工肛門)の処置 □疼痛管理 □喀痰吸引 □気管切開の処置 □褥瘡の処置 □カテーテル □その他	
サービス利用状況 福祉用具 他( )		食事 自立 見守り 要介助 嚥下状況(良・不良) (ペースト・キザミ・ソフト食・普通 / 経管栄養(経鼻・PEG) 水分必要(制限) 量/日 kcal ml 塩分 g/日 蛋白 g/日	
食事 自立 見守り 要介助 (ペースト・キザミ・ソフト食・普通 / 経管栄養(経鼻・PEG)		移動 自立 見守り 要介助 その他 (手引き・杖・歩行器・シルバーカー・車椅子・ストレッチャー)	
入浴 自立 見守り 要介助 その他		入浴 自立 見守り 要介助 その他	
排泄 自立 見守り 要介助 オムツ(常時・夜間のみ) 間歇導尿 ( ) ハルーン挿入( )Fr		排泄 自立 見守り 要介助 オムツ(常時・夜間のみ) 間歇導尿 ( ) ハルーン挿入( )Fr	
口腔ケア 自立 見守り 要介助	【内服情報】	口腔ケア 自立 見守り 要介助	【内服情報】
服薬状況 自立 見守り 要介助		服薬状況 自立 見守り 要介助	
障害高齢者日常生活自立度 J(1・2) A(1・2) B(1・2) C(1・2)		障害高齢者日常生活自立度 J(1・2) A(1・2) B(1・2) C(1・2)	
認知症状:(無・有) 認知症高齢者日常生活自立度( ) 認知症の原因疾患等: 精神状態(疾患): 無・有 ( )		認知症状:(無・有) 認知症高齢者日常生活自立度( ) 認知症の原因疾患等: 精神状態(疾患): 無・有 ( )	
睡眠の状態: 良眠 問題有り( ) 眠剤の服用:		睡眠の状態: 良眠 問題有り( ) 眠剤の服用:	
その他(心身の状況や生活歴・生活環境・経済状況等に関する特記事項など)		【療養上の留意事項】(転倒転落・注意点など)	
【本人の意向】		【リハビリ】 無・有 (頻度: ) ・ 運動制限 無・有	
【家族の意向】		【その他】	
提供年月日: 年 月 日		面談年月日: 年 月 日	