

(参考1) 入院時情報提供記録書 (案)

入院先医療機関名					電話番号				
情報提供先 地域医療連携室(担当) ○○病棟(担当)									
					②訪問日 平成 年 月 日() 時 分～ 時 分				
①文書などの情報提供または②訪問して情報提供のいずれかに記載					生年月日 明・大・昭・平 年 月 日(歳)				
かかりつけ医			病院・医院(診療所)				医師		
主傷病名			①			②			
現在の状況 〔 該当項目に○ 〕	要介護認定状況		要支援 1・2 / 要介護 1・2・3・4・5						
	日常生活自立度	寝たきり度	J1 J2	A1 A2	B1 B2	C1 C2			
		認知症の状況	I	IIa IIb	IIIa IIIb	IV	M(徘徊口あり口なし)		
	褥瘡の状態	DESIGN-R分類; d0 d1 d2 D3 D4 D5				(特記事項)			
		NPUAP分類; I度 II度 III度 IV度							
	装置・使用医療機器等	1. 自動腹膜還流装置 2. 透析液供給装置 3. 酸素療法(L/min) 4. 吸引器 5. 中心静脈栄養 6. 輸液ポンプ 7. 経管栄養(経鼻・胃瘻; サイズ , 日に1回交換) 8. 留置カテーテル(部位; サイズ , 日に1回交換) 9. 自己導尿(サイズ , 回/日) 10. 人工呼吸器(陽圧式・陰圧式; 設定) 11. 気管カニューレ(サイズ) 12. 人工肛門 13. 人工膀胱 14. その他()							
現在受けている医療・介護・福祉サービス		〔 該当サービスの□に「✓」を入れ, []に必要事項を記入)		<input type="checkbox"/> 訪問診療 [] <input type="checkbox"/> 訪問看護 [] <input type="checkbox"/> 訪問リハ [] <input type="checkbox"/> 通所リハ [] <input type="checkbox"/> 訪問介護 [] <input type="checkbox"/> 通所介護 [] <input type="checkbox"/> 地域密着型サービス [] <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与 []		<input type="checkbox"/> 訪問歯科診療 [] <input type="checkbox"/> 訪問歯科衛生指導 [] <input type="checkbox"/> 訪問薬剤管理指導 [] <input type="checkbox"/> 訪問栄養食事指導 [] <input type="checkbox"/> 訪問入浴介護 [] <input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導 [] <input type="checkbox"/> その他 []			
日常生活活動(ADL)の状況(該当するものに○) 備考									
移動	自立	見守り	一部介助	全面介助	食事	自立	見守り	一部介助	全面介助
排泄	自立	見守り	一部介助	全面介助	入浴	自立	見守り	一部介助	全面介助
着替	自立	見守り	一部介助	全面介助	整容	自立	見守り	一部介助	全面介助
生活環境	□独居		□同居(家族)		□アパート、マンション □自宅		□風呂あり □風呂なし		
その他必要な情報									