

(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) | | | |
| 装置・使用医療機器等 | NPUAP分類; I度 II度 III度 IV度 | | | | | | | | | |
| | 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) | | □ 訪問診療 [] | | □ 訪問歯科診療 [] | | □ 訪問歯科衛生指導 [] | | □ 訪問薬剤管理指導 [] | | □ 訪問栄養食事指導 [] |
| | | □ 訪問介護 [] | | □ 訪問入浴介護 [] | | □ 訪問通所介護 [] | | □ 居宅療養管理指導 [] | | □ 地域密着型サービス [] |
| | | □ 福祉用具貸与 [] | | □ 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 | | | | | | | | | | |