|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 入院時情報共有シート | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 年　　　　月　　　　日 | | | | | | | | |
| 事業所名 | | |  | | | | | | | | |
| 御中 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 担当者名 | | |  | | | | | | | | |
| 電話番号 | | |  | | | | | | | | |
| FAX番号 | | |  | | | | | | | | |
|  | |  |  |  | |  | | |  | | | |  | |  | |  | |  |  | |  |  |  | |  |  | | |  | |  |  | |  |  |  |
| 氏名 | | | | | | | | | | | | | | 生年月日 | | | | | | | | | | | 年齢 | | | 性別 | | | 身長 | | | 体重 | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | 明・大・昭 　　　年 　　　月 　　　日 | | | | | | | | | | | 歳 | | | 男・女 | | | ㎝ | | | ㎏ | | | |
| 緊急連絡先 | 氏名 | | | | | | | | | | | 続柄 | | 住所 | | | | | | | | | | | | | | | | | 電話番号 | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | |
| 既往歴 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 要介護度 | | | □ 申請中　　　□ 区分変更中　　　□ 要支援　１　・　２　　□ 要介護　１　・　２　・　３　・　４　・　５ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 有効期間：　　　　　　　年　　　　　月　　　　　日　　　　～　　　　　　　年　　　　　　月　　　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 家族構成図 | | | | | | | | | | | | | | | | 家族・生活の状況に関する情報 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 主…主介護者 ☆…キーパーソン ○…女性 □…男性 | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 住環境 | | | | | □ 一戸建　□ 集合住宅（　　階建　　階）エレベーター　あり・なし | | | | | | | | | | | | | | | | |
| サービス利用状況 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| □　訪問介護（　　　　回/週）　　□　訪問看護（　　　　回/週）　 □　通所介護（　　　　回/週）　　□　通所リハビリ（　　　　回/週）　 □　訪問リハビリ（　　　　回/週）　□　短期入所（　　　　回/週） □　福祉用具貸与（内容：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　 □　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|
|
| 入院前のADL | | | | 自立 | 見守り | | 一部介助 | | | | 全介助 | | 要支援は必要事項のみ記入 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 移動方法 | | | | □ | □ | | □ | | | | □ | | □ 手引き　　□ いす　　□ 杖使用　　□ 歩行器使用　　□ 装具・補助具使用 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 食事 | | | | □ | □ | | □ | | | | □ | | □ 普通食　　□ 軟菜　　□ 刻み　　□ ペースト　 □ 経管栄養（□ 経鼻　　□ 胃ろう　　□ その他（　　　　　　　　　　　　　　　　）） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 口腔ケア | | | | □ | □ | | □ | | | | □ | | 義歯：□　有　　□　無 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 入浴 | | | | □ | □ | | □ | | | | □ | | □　自宅（浴室）　□訪問入浴　□通所系サービス | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 更衣 | | | | □ | □ | | □ | | | | □ | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 排泄 | | | | □ | □ | | □ | | | | □ | | 場所：　□　トイレ　□ポータブル　□尿器　□オムツ（□　夜間のみ） 医療処置：□バルーンカテーテル　□ストマ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 服薬管理 | | | | □ | □ | | □ | | | | □ | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 夜間の状態 | | | | □ 良眠　　□ 眠剤使用（　　　　　　　　　　　　　　　　　）　□ 不穏（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 認知症 | | | | なし・あり | | | | （特記事項） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 徘徊行動 | | | | なし・あり | | | |
| 障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度） | | | | | | | | | | | | | | | | | | 自立　・　Ｊ１　・　Ｊ２　・　Ａ１　・　Ａ２　・　Ｂ１　・　Ｂ２　・　Ｃ１　・　Ｃ２ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 認知症高齢者の日常生活自立度 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 自立　・　Ⅰ　・　Ⅱa　・　Ⅱｂ　・　Ⅲａ　・　Ⅲｂ　・　Ⅳ　・　Ｍ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| その他の医療機関 | | | | | | | | | | （　　　　　　　　　　　　　　　　）（　　　　　　　　　　　　　　　　）（　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 在宅復帰にあたり考慮いただきたい内容 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|
| 連絡事項・その他 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|