

海部医療圏入院時情報連携シート

電子@連絡帳での情報共有 有 無

情報提供日	
入院日	

医療機関

ご担当者様

事業所名

ケアマネジャー氏名

TEL

FAX

※利用者(患者)/家族等の同意に基づき、利用者情報を送付します。是非ご活用下さい。

1. 利用者(患者)基本情報について

フリガナ 利用者氏名		性別		生年月日		自宅市町村名 もしくは施設名	
介護保険情報 ※写しでも可	認定 種別		有効期間	~		負担割合	割
	<input type="checkbox"/> 未申請	<input type="checkbox"/> 申請中	<input type="checkbox"/> 区変中	<input type="checkbox"/> 調査済	<input type="checkbox"/> 調査未	月	日
						年齢	歳
							予定

2. 本人と支援者の状況

フリガナ キーパーソンの氏名		続柄		同居 別居		ジェノグラム等(文章でも可)
キーパーソンの連絡先						
世帯構成、主介護者の情報、介護力、本人、家族への配慮など						

3. 本人の疾患及び各能力

傷病名・既往歴							
かかりつけ医	機関名		<input type="checkbox"/> 無	診察方法・頻度	<input type="checkbox"/> 通院	<input type="checkbox"/> 訪問診療	頻度 回/月
かかりつけ歯科医	機関名		<input type="checkbox"/> 無	診察方法・頻度	<input type="checkbox"/> 通院	<input type="checkbox"/> 訪問診療	頻度 回/月
かかりつけ薬局	機関名		<input type="checkbox"/> 無	内服管理者	<input type="checkbox"/> 本人	<input type="checkbox"/> 本人以外	
A D L など	屋内移動		屋外移動		入浴		排泄
	食事		食形態等		口腔		歯磨き
	意思決定能力上の支障			褥瘡		部位・程度など	
その他の受診先、医療処置、認知症の症状、入院時せん妄歴など							

4. 在宅サービス利用状況（医療、介護、障がい含む）

介護サービス 利用状況	日		月		火		水		木		金		土
サービス事業所名、福祉用具、配食、自費サービス、医療保険の訪問看護等の利用など													

5. 希望の退院先やカンファレンスの参加について

希望退院先	本人		キーパーソン		ケアマネジャーの見解
<input type="checkbox"/> 話し合いの場があれば連絡がほしい <input type="checkbox"/> 「退院前カンファレンス」への参加希望あり					

6. ケアマネジャーが必要と考える事項や病院に伝えておきたいことなど（ACP、元の場所に退院するために必要な条件など）

--