

入院時情報提供シート（居宅介護支援事業所 ⇒ 医療機関）

記入日： 年 月 日 入院日： 年 月 日 情報提供日： 年 月 日

医療機関名：
ご担当者名：

事業所名：
ケアマネジャー氏名：
TEL：
FAX：

利用者(患者)/家族の同意に基づき、利用者情報(身体・生活機能など)の情報を送付します。是非ご活用下さい。

1. 利用者(患者)基本情報について

患者氏名	(フリガナ)	年齢	才	性別	☐ 男 ☐ 女	
		生年月日	明・大・昭 年 月 日生			
住所	〒	電話番号				
住環境 ※可能ならば、「写真」などを添付	住居の種類 (☐ 戸建て・ ☐ 集合住宅) () 階建て 居室 () 階 エレベーター (☐ 有 ☐ 無)					
	特記事項 ()					
入院時の要介護度	☐ 要支援 () ☐ 要介護 () 有効期間： 年 月 日 ~ 年 月 日 ☐ 申請中 (申請日) ☐ 区分変更 (申請日) ☐ 未申請					
障害高齢者の日常生活自立度	☐ 自立 ☐ J 1 ☐ J 2 ☐ A 1 ☐ A 2 ☐ B 1 ☐ B 2 ☐ C 1 ☐ C 2				☐ 医師の判断	
認知症高齢者の日常生活自立度	☐ 自立 ☐ I ☐ II a ☐ II b ☐ III a ☐ III b ☐ IV ☐ M				☐ ケアマネジャーの判断	
介護保険の自己負担割合	☐ ____ 割 ☐ 不明		障害など認定	☐ なし ☐ あり		
年金などの種類	☐ 国民年金 ☐ 厚生年金 ☐ 障害年金 ☐ 生活保護 ☐ その他 ()					

2. 家族構成／連絡先について

世帯構成	☐ 独居 ☐ 高齢者世帯 ☐ 子と同居 ☐ その他 () * ☐ 日中独居					
主介護者氏名	(続柄 ・ 才)		☐ 同居 ☐ 別居	TEL		
キーパーソン	(続柄 ・ 才)		連絡先	TEL		
成年後見人	☐ なし ☐ あり ()					
緊急時連絡先 (優先順位)		氏名	住所	続柄	T E L	連絡がつく時間帯
	1.					
	2.					
	3.					

3. 本人／家族の意向について

本人の趣味・興味・関心領域等	
本人の生活歴	
入院前の本人の生活に対する意向	☐ 同封の居宅サービス計画 (1) 参照
入院前の家族の生活に対する意向	☐ 同封の居宅サービス計画 (1) 参照

4. 入院前の介護サービスの利用状況について

入院前の介護サービスの利用状況	同封の書類をご確認ください。
	☐ 居宅サービス計画書1.2.3表 ☐ その他 ()

5. 今後の在宅生活の展望について（ケアマネジャーとしての意見）

在宅生活に必要な要件					
退院後の世帯状況	☐ 独居 ☐ 高齢世帯 ☐ 子と同居 (家族構成員数 名) * ☐ 日中独居 ☐ その他 ()				
世帯に対する配慮	☐ 不要 ☐ 必要 ()				
退院後の主介護者	☐ 本シート2に同じ ☐ 左記以外 (氏名 続柄 ・年齢)				
介護力*	☐ 介護力が見込める (☐ 十分 ・ ☐ 一部) ☐ 介護力は見込めない ☐ 家族や支援者はいない				
家族や同居者等による虐待の疑い*	☐ なし ☐ あり ()				
特記事項					

6. カンファレンス等について（ケアマネジャーからの希望）

「院内の多職種カンファレンス」への参加	☐ 希望あり	
「退院前カンファレンス」への参加	☐ 希望あり	・具体的な要望 ()
「退院前訪問指導」を実施する場合の同行	☐ 希望あり	

* = 診療報酬 退院支援加算 1. 2 「退院困難な患者の要因」に関連