

参考1(担当ケアマネジャー記入)

入院時情報提供書

(居宅介護支援事業所→病院・診療所)

報告日: 令和 年 月 日

(医療機関名)

〇〇〇〇病院

様

事業所名 〇〇〇居宅介護支援事業所

担当者 介護支援専門員 〇〇

TEL 〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇 /FAX 同左

平素より大変お世話になり、お礼申し上げます。  
 この度、入院(予定)された下記の方について、ご本人及びご家族の同意に基づき在宅での様子をお知らせいたしますので、参考にしていただければ幸いです。ご不明な点等がございましたら、担当までご連絡ください。  
 また、退院が決まり次第、ご連絡・情報提供いただきますようお願いいたします。

1)基本情報

フリガナ		男							
氏名									
住所	患者の入院時に、担当ケアマネジャーから病院等にするシートです。								
世帯状況									
経済状況	担当ケアマネジャーは、必要事項を漏れのないようにご記入ください。								
家族状況	主になる介護者に○								
		また、FAXで送付するため、黒ボールペンを利用し、先方が読み間違えをしないよう明瞭にご記入ください。							
		FAX送信時には、送信先をしっかりと確認し、個人情報保護に十分にご留意ください。							
住環境	<input type="checkbox"/> 一戸建て <input type="checkbox"/> 集合住宅( 階に居住) <input type="checkbox"/> その他( ) 道路～自室までに階段・段差(無・有) ) 移動 / 外出に障害となる環境(無・有) )								

2)介護保険等情報

要介護度	<input type="checkbox"/> 事業対象者	<input type="checkbox"/> 要支援1	<input type="checkbox"/> 要支援2	<input type="checkbox"/> 要介護1	<input type="checkbox"/> 要介護2	<input type="checkbox"/> 要介護3	<input type="checkbox"/> 要介護4	<input type="checkbox"/> 要介護5		
有効期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日まで									
サービス利用状況	サービスの種類	サービス内容					利用頻度	事業所名		
	<input type="checkbox"/> 訪問診療						回/ 週			
	介護保険サービス	<input type="checkbox"/> 訪問看護						回/ 週		
		<input type="checkbox"/> 訪問リハビリ						回/ 週		
		<input type="checkbox"/> 通所リハビリ						回/ 週		
		<input type="checkbox"/> 訪問介護						回/ 週		
<input type="checkbox"/> 通所介護(デイサービス)							回/ 週			
福祉用具貸与	<input type="checkbox"/> 短期入所(ショートステイ)						回/ 週			
	<input type="checkbox"/> 訪問入浴	<input type="checkbox"/> 全身浴 <input type="checkbox"/> 部分浴(洗髪・足浴・手浴等) <input type="checkbox"/> 清拭					回/ 週			
	<input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 車椅子付属品 <input type="checkbox"/> 褥瘡予防用具 <input type="checkbox"/> 特殊寝台 <input type="checkbox"/> 特殊寝台付属品 <input type="checkbox"/> 体位変換器 <input type="checkbox"/> 手すり <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> スロープ <input type="checkbox"/> 歩行補助杖 <input type="checkbox"/> 認知症老人徘徊感知器 <input type="checkbox"/> 移動用リフト									
その他のサービス						回/ 週				
障がい等認定	障害名: 身体障害手帳( 級) 精神保健福祉手帳( 級) 療育手帳( A・B )									