|  |  |
| --- | --- |
| 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 |
|