記入日：　　年　月　日
入院日：　　年　月　日
情報提供日：　　年　月　日

入院時情報提供書＜在宅版＞

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、＿＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿＿日時点の在宅生活における利用者情報（身体・生活機能など）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

氏名	(ﾌﾘｶﾞﾅ)	生年月日	西暦　　年　　月　　日生
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 □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
介護保険の自己負担割合	□＿＿＿割　□ 不明	障害手帳の有無	□ なし　□ あり（ 身体・精神・知的 ）
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　□ 日中独居　□ その他（ ）		
主介護者氏名	（続柄　・　才）（同居・ 別居）	電話番号	
意思決定支援者（代諾者）	（続柄　・　才）（同居・ 別居）	電話番号	

3．意思疎通について

視力	□問題なし　□やや難あり　□困難	意思疎通	□会話に支障がない □複雑な会話はできないが、普通に会話はできる □普通に会話はできないが、具体的な欲求を伝えることはできる □会話が成り立たないが、発語はある □発語がなく、無言である
聴力	□問題なし　□やや難あり　□困難		
眼鏡	□なし　□あり		
補聴器	□なし　□あり		

4．口腔・栄養について

摂食方法	□経口　□経管栄養　□静脈栄養	食物アレルギー	□なし　□あり（ ）
摂食嚥下機能障害	□なし　□あり	水分（とろみ）	□なし　□あり（ □ 薄い ・□ 中間 ・□ 濃い ）
食形態（主食）	□米飯 □軟飯 □全粥 □その他（ ）	食形態（副食）	□普通　□軟菜　□その他（ ）
義歯使用	□なし　□あり（□部分 ・ □ 総 ）	左右両方の奥歯でしっかりかみしめられる	□できる　□できない
歯の汚れ	□なし　□あり	歯肉の腫れ、出血	□なし　□あり（ ）
特記事項			

5．お薬について　※必要に応じて、「お薬手帳（コピー）」を添付

内服薬	□ なし　□ あり	居宅療養管理指導	□ なし　□ あり（職種： ）
薬剤管理	□ 自己管理　□ 他者による管理　（管理者：　　管理方法：		
服薬介助	□ 自立　□ 一部介助（介助内容 ）　□ 全介助		
服薬状況	□ 処方通り服用　□ 時々飲み忘れ　□飲み忘れ多い、処方守られていない　□服薬拒否		
薬剤アレルギー	□ なし　□あり（ ）	特記事項	□ なし　□ あり（ ）

6．かかりつけ医について

かかりつけ医療機関１		かかりつけ医療機関２	
医師名		医師名	
かかりつけ医療機関３		かかりつけ歯科医療機関	
医師名		歯科医師名	
かかりつけ薬局		訪問看護ステーション	

7．人生の最終段階における医療・ケアに関する情報
※本人の意思は変わりうるものであり、本記載が最新の意向を反映しているとは限らないため、常に最新の意向の確認が必要であることについて十分に留意すること

意向の話し合い	□ 本人・家族等との話し合いを実施している（最終実施日：　年　） □ 話し合いを実施していない　（ □ 本人からの話し合いの希望がない　□ それ以外 ）

※本人・家族等との話し合いを実施している場合のみ記載

本人・家族の意向	□下記をご参照ください　□ 別紙参照（ 書類名： ）
話し合いへの参加者	□ 本人　□ 家族（氏名：　続柄：　）（氏名:　続柄：　） □ 医療・ケアチーム　□ その他（ ）
医療・ケアに関して本人または本人・家族等と医療・ケアチームで話し合った内容※	
その他	上記の他、人生の最終段階における医療・ケアに関する情報で医療機関と共有したい内容

８．入院前の身体・生活機能の状況／療養生活上の課題について

麻痺の状況	□右上肢	□左上肢	□右下肢	□左下肢	褥瘡等の有無	□ なし □ あり（部位・深度・大きさ等 ）			
褥瘡等への対応	□ エアーマット	□クッション	□体位変換（ 時間毎）	□その他（ ）	□なし				
移乗	□ 自立	□ 見守り	□ 一部介助	□ 全介助	移動	□ 自立	□ 見守り	□ 一部介助	□ 全介助
移動（屋外）	□ 杖	□ 歩行器	□ 車椅子	□ その他	移動（屋内）	□ 杖	□ 歩行器	□ 車椅子	□ その他
食事	□ 自立	□ 見守り	□ 一部介助	□ 全介助	排泄	□ 自立	□ 見守り	□ 一部介助	□ 全介助

入院前のADL/IADL	同封の書類をご確認ください。 □ アセスメントシート（フェイスシート） □その他（ ）
ADL・IADLに関する直近2週間以内の変化	□なし □あり
認知機能の状況	みまもりの必要性：日常生活で安全に過ごすためにどの程度ほかの人によるみまもりが必要か □ 見守ってもらうことなく過ごすことができる □ 1日1回様子を確認してもらえれば一人で過ごすことができる □ 半日程度であれば見守ってもらうことなく一人で過ごすことができる □ 30分程度ならみまもってもらうことなく一人で過ごすことができる □ 常にみまもりが必要である
	見当識：現在の日付や場所等についてどの程度認識できるか □ 年月日はわかる □ 年月日はわからないが、現在いる場所の種類はわかる □ 場所の名称や種類はわからないが、その場にいる人が誰だかわかる □ その場にいる人が誰だかわからないが、自分の名前はわかる □ 自分の名前がわからない
	近時記憶：身近なものを置いた場所を覚えているか □ 常に覚えている □ たまに（週1回程度）忘れることがあるが、考えることで思い出せる □ 思い出せないこともあるが、きっかけがあれば自分で思い出すこともある □ きっかけがあっても、自分では置いた場所をほとんど思い出せない □ 忘れたこと自体を認識していない
	遂行能力：テレビ、エアコン、電動ベッド等の電化製品を操作できるか □ 自由に操作できる □ チャンネルの順送りなど普段している操作はできる □ 操作間違いが多いが、操作方法を教えてもらえれば使える □ リモコンを認識しているが、リモコンの使い方が全くわからない □ リモコンが何をするものかわからない
過去半年間における入院	□ なし □ 不明 □ あり （頻度：□0回 □1回 □2回以上）（直近の入院理由： 期間：令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日）

９．入院前の生活における介護/医療の状況、本人の関心等

介護/医療の状況・本人の関心等	介護・医療サービスの利用状況、生活歴や趣味・嗜好等 同封の書類をご確認ください。 □ 居宅サービス計画(1)～(3) □ アセスメントシート（フェイスシート） □その他（ ） ペット飼育の有無：□あり □なし 特記事項：

１０．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）

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（□あり □なし ） 特記事項：
在宅生活に必要な要件	
世帯に対する配慮	□ 不要 □必要（ ）
退院後の支援者	□ 家族の支援が見込める（ □十分 ・ □一部 ） □ 家族以外の支援が見込める（ □十分 ・ □一部 ） □ 支援は見込めない □ 家族や家族以外の支援者はいない
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： ）
家族や同居者等による虐待の疑い	□ なし □ あり（ ）
特記事項	

１１．カンファレンス等について（ケアマネジャーからの希望）

「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 具体的な要望（ ）