様式１－１（令和２年３月版）　延岡市

提出日：　　　　　　年　　　月　　　日

**入院時の情報提供に係る事前連絡票**

　（情報提供先の医療機関名）　　御中

【　情報提供者　】

|  |  |
| --- | --- |
| 名称 |  |
| 担当者 |  |
| TEL |  | FAX |  |

以下のとおり入院時の情報提供を行いますので、よろしくお願いします。

**※　この連絡票を確認した際は、電話にて確認した旨をご連絡いただけると助かります。**

○ イニシャル　： 　　　　　・　　　　　様　（　T ・ S 　　 年 　　月 　　日生）　について

○ 入院時の情報提供（在宅時の情報）について

□　入院時情報提供シートで提供します。

□　電話で提供します。　※ 上記担当者まで連絡してください。

○ 情報提供シート以外の添付書類について

□　以下の書類を提出します。

|  |
| --- |
| □　添付書類〈　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〉 |
| □　その他　〔　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〕 |

○ 情報提供の時期について

□　すぐに提供できますので、提出先を教えてください。

□　準備が整い次第連絡します。

○ カンファレンスについて

□　ぜひ参加します。　□　都合が合えば参加します。　□　参加できません。

※　日程が決まったら、上記担当までお知らせください。

○ その他特記事項

□　金銭的な支援が必要だと判断される。

|  |
| --- |
| （特記事項） |

□　本人又は家族の判断能力に不安がある。

様式１－２　令和２年３月版）　延岡市

提出日：　　　　　　年　　月　　日

**退院時の情報提供に係る事前連絡票**

　（情報提供先の事業所名）　　御中

【　情報提供医療機関　】

|  |  |
| --- | --- |
| 名称 |  |
| 担当者 | 職種 |  | 氏名 |
| TEL |  | FAX |  |

以下のとおり退院時の情報提供を行いますので、よろしくお願いします。

**※　この連絡票を確認した際は、電話にて確認した旨をご連絡いただけると助かります。**

○ イニシャル ： 　　　　　・　　　　　様　（　T ・ S 　　 年 　　月 　　日生）　について

○ カンファレンスについて

□　開催します。　　　　　※カンファレンス予定日　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

□　開催しません。

○ 退院予定日について

□　決まっています。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

□　まだ決まっていません。　※ 退院日が決まる予定時期　　　　　　　　　　　　　頃

○ 退院時の情報提供について

□　退院時情報提供シートで提供します。

□　電話で提供します。　　　　　※ 上記担当者まで連絡してください。

○ 情報提供シート以外の添付書類について

□　以下の書類を提出します。

|  |
| --- |
| □　添付書類〈　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〉 |
| □　その他　〔　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〕 |

○ 情報提供の時期について

□　すぐに提供できますので、日程調整の連絡を下さい。

□　準備が整い次第連絡します。

□ （カンファレンスがある場合）カンファレンスの際に提供します。

|  |
| --- |
| （特記事項） |

様式２-１（令和２年３月版）　延岡市

|  |  |
| --- | --- |
| [ ] **入院時情報提供シート**[ ] **サービス基本台帳** | 【記入日】令和　　　年　　　月　　　日 |
| 事業所名 |  | 電話番号 |  |
| 記 入 者 |  | FAX番号 |  |
| 被保険者番号 | 2600 | 入院日した日 | 令和　　年　　月　　日 |
| フリガナ本人氏名 |  | [ ]  男[ ]  女 | 生年月日 | 　　　　年　　月　　日（　　歳） |
| 住　　所 |  | 電話番号 | 自　宅 |  |
| 携帯等 |  |
| 家族構成・状況 | 12-13 | 家族氏名 | 続柄 | 年齢 | 備考（同居・別居、主介護者等） |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| [ ] 日中独居 [ ] 親族なし [ ] 家族が無関心 [ ] 家族が要介護状態 [ ] 家族が認知症 [ ] その他（　　　　　） |
| 緊急連絡先 | ① | 氏名 |  | 続柄 |  | 繋がり易い電話番号 |  |
| 住所 |  |
| ② | 氏名 |  | 続柄 |  | 繋がり易い電話番号 |  |
| 住所 |  |
| ｷｰﾊﾟｰｿﾝ | 氏名 |  | 続柄 |  | 電話番号 |  |
| 介護保険 | [ ] 未申請 [ ] 自立 [ ] 申請中 [ ] 要支援（　　）[ ] 要介護（　　）[ ] 事業対象者（認定日：　　年　　月　　日） |
| 有効期間 | 　　　　年　　月　　日～　　　年　　月　　日 | 自己負担割合 | （　　　）割負担 |
| 日常生活自 立 度 | 障害高齢者 | [ ] 自立 [ ] （　　　　　　　　　　） | 判定日 | 　　　　年　　月　　日 |
| 認知症高齢者 | [ ] 自立 [ ] （　　　　　　　　　　） | 判定日 | 　　　　年　　月　　日 |
| 障害認定 | [ ] なし [ ] あり【[ ] 身障 [ ] 療育 [ ] 精神 [ ] 等級（　　　　　　　　）】 |
| 住居環境 | [ ] 所有 [ ] 賃貸【 [ ] 戸建 [ ] 集合住宅（　　　階）】 | 住宅改修 | [ ] あり [ ]  なし |
| 経済状況 | [ ] 年金【[ ] 国民 [ ] 厚生 [ ] 障害関係 [ ] その他の年金（　　　　）】[ ] 特障手当 [ ] 生活保護 |
| 医療保険 | [ ] 後期高齢者医療 [ ] 国民健康保険 [ ] その他（　　　　　　　　　　　　） |
| 現 病 名現 病 歴 |  | 既 往 歴 |  |
| 感 染 症 | [ ] なし [ ] あり【詳細（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）】 [ ] 不明 |
| かかりつけ医又は主治医 | 病 院 名 |  | 電話番号 |  |
| 診 療 科 |  | 医師名 |  | 受診頻度 | 　　　回／　　月 |
| 病 院 名 |  | 電話番号 |  |
| 診 療 科 |  | 医師名 |  | 受診頻度 | 　　　回／　　月 |
| 服薬状況 | 内　服　薬 | [ ] あり [ ] なし | 服薬管理者 | [ ] 本人 [ ] その他（　　　　　　　　　　　　） |
| 管理上の問題 | [ ] あり [ ] なし | 〔処方内容〕 例）別紙にて、お薬手帳コピーを添付。など |
| 飲み忘れ | [ ] あり [ ] なし |
| 眠剤の処方 | [ ] あり [ ] なし |
| ※ 分かる範囲で記入してください。 |

様式２-１　（令和２年3月版）　延岡市

|  |  |
| --- | --- |
| 特別な医療処置 | [ ] なし [ ] 点滴 [ ] 酸素療養 [ ] 喀痰吸引 [ ] 気管切開 [ ] 尿道カテーテル [ ] 尿路ストーマ[ ] 消化管ストーマ [ ] 排便コントロール [ ] 痛みコントロール [ ] その他（　　　　　　　） |
| 身体状況 | 体　　格 | 身長(　　　)㎝／体重(　　　)㎏／BMI(　　　) | [ ] 入院中に２～３㎏以上の体重減があった。 |
|  | 麻　　痺 | [ ] なし [ ] あり [ ] 軽度 [ ] 中度 [ ] 重度（特記：　　　　　　　　　　　　　　） |
|  | 皮膚疾患 | [ ] なし [ ] あり（特記：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| コミュニケーション | 視　　力 | [ ] 問題なし [ ] やや難あり [ ] 困難 [ ] 眼鏡（特記：　　　　　　　　　　　　　） |
|  | 聴　　力 | [ ] 問題なし [ ] やや難あり [ ] 困難 [ ] 補聴器（特記：　　　　　　　　　　　　　） |
|  | 言　　語 | [ ] 問題なし [ ] やや難あり [ ] 困難 | 特記： |
|  | 意思疎通 | [ ] 問題なし [ ] やや難あり [ ] 困難 |  |
| ＡＤＬ | 移動状態 | [ ] 自立 [ ] 見守り [ ] 一部介助 [ ] 全介助 | 移動手段 |  |
|  | 更　　衣 | [ ] 自立 [ ] 見守り [ ] 一部介助 [ ] 全介助 | 整　　容 | [ ] 自立 [ ] 見守り [ ] 一部介助 [ ] 全介助 |
|  | 入　　浴 | [ ] 自立 [ ] 見守り [ ] 一部介助 [ ] 全介助 | 入 浴 法 | (　　　　　　　　)浴 [ ] 清拭あり |
| 排泄 | 排　　尿 | [ ] 自立 [ ] 一部介助 [ ] 全介助 [ ] 尿意なし | 排　　便 | [ ] 自立 [ ] 一部介助 [ ] 全介助 [ ] 便意なし |
|  | 排泄方法 | [ ] おむつ [ ] 紙パンツ [ ] パット [ ] カテーテル・パウチ [ ] ポータブルトイレ（[ ] 常時 [ ] 夜間のみ） |
| 食事 | 状　　況 | [ ] 自立 [ ] 見守り [ ] 一部介助 [ ] 全介助 | 調　　理 | [ ] 自立 [ ] 一部介助（　　　　　　） [ ] 全介助 |
|  |  | 食事制限 | [ ] なし　[ ] あり（　　　　　） | 水分制限 | [ ] なし [ ] あり（　　　　　　　　　） |
|  | 食事形態 | [ ] 普通 [ ] きざみ [ ] ミキサー [ ] ムース [ ] トロミあり [ ] 経管(　　　　)[ ] その他（　　　　　） |
|  | ｱﾚﾙｷﾞｰ | [ ] なし [ ] あり(　　　　　　) | ｱﾅﾌｨﾗｷｼｰｼｮｯｸ | [ ] なし [ ] あり(　　　　　　　　　　　　) |
|  | 食事回数 | 　　　回／日 【[ ] 朝(　　　　時)　 [ ] 昼(　　　　時)　 [ ] 夜(　　　　時)】 [ ] 不定 |
|  | 食の確保 | [ ] 自炊 [ ] 同居家族 [ ] 親族支援（　　　　　） [ ] ヘルパー（有償） [ ] 知人・協力者 [ ] なし |
| 口腔 | 義　　歯 | [ ] なし [ ] あり(　　　　　) | 口腔衛生 | [ ] 良好 [ ] 不良 [ ] 著しく不良 | 口　臭 | [ ] あり [ ] なし |
|  | 嚥下障害 | [ ] なし [ ] 時々むせる [ ] 常にむせる | 嗜好品 | [ ] 飲酒：　　合/日　　 [ ] 喫煙：　　　　本/日 |
| 在宅での生活 | 掃除 | [ ] 自立 [ ] 一部介助 [ ] 全介助　⇒ |
|  | 洗濯 | [ ] 自立 [ ] 一部介助 [ ] 全介助　⇒ |
|  | 買い物 | [ ] 自立 [ ] 一部介助 [ ] 全介助　⇒ |
|  | 金銭管理 | [ ] 自立 [ ] 一部介助 [ ] 全介助　⇒ |
|  | 睡眠状態 | [ ] 良好 [ ] 不良(　　　　　　　　　　　　　　　　) | 睡眠時間 | 　　　時間/日 [ ] 不明 |
| 精神面における療養上の問題 | [ ] なし | [ ] あり⇒[ ] 幻視 [ ] 幻聴 [ ] 興奮 [ ] 焦燥 [ ] 不穏 [ ] 暴力 [ ] 介護抵抗 [ ] 昼夜逆転 [ ] 徘徊[ ] 危険行為 [ ] 不潔行為 [ ] その他(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) |
| 本人の生活歴出生地家族状況仕事など |  |
| 特記(本人の意向等) |  |
| 現在利用中のサービス | サービス名 | 提供事業所名 | 利用日(曜日) | 介保外 |
|  |  |  |  |[ ]
|  |  |  |  |[ ]
|  |  |  |  |[ ]
|  |  |  |  |[ ]
|  | 福祉用具貸与 | [ ] なし　　　[ ] あり　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

※ 分かる範囲で記入してください。

様式2-2　（令和２年3月版）　延岡市

|  |  |
| --- | --- |
| **退院時情報提供シート**[ ]  **変更あり**[ ]  **変更あり** | 【記入日】令和　　　年　　　月　　　日 |
| 事業所名 |  | 電話番号 |  |
| 記 入 者 |  | FAX番号 |  |
| 被保険者番号 | 2600 | 入院日した日 | 令和　　年　　月　　日 |
| フリガナ本人氏名 |  | [ ]  男[ ]  女 | 生年月日 | 　　　　年　　月　　日（　　歳） |
| 住　　所 |  | 電話番号 | 自　宅 |  |
| 携帯等 |  |
| 家族構成・状況 |  | 家族氏名 | 続柄 | 年齢 | 備考（同居・別居、主介護者等） |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| [ ] 日中独居 [ ] 親族なし [ ] 家族が無関心 [ ] 家族が要介護状態 [ ] 家族が認知症 [ ] その他（　　　　　） |
| 緊急連絡先 | ① | 氏名 |  | 続柄 |  | 繋がり易い電話番号 |  |
| 住所 |  |
| ② | 氏名 |  | 続柄 |  | 繋がり易い電話番号 |  |
| 住所 |  |
| ｷｰﾊﾟｰｿﾝ | 氏名 |  | 続柄 |  | 電話番号 |  |
| 介護保険 | [ ] 未申請 [ ] 自立 [ ] 申請中 [ ] 要支援（　　）[ ] 要介護（　　）[ ] 事業対象者（認定日：　　年　　月　　日） |
| 有効期間 | 　　　　年　　月　　日～　　　年　　月　　日 | 自己負担割合 | （　　　）割負担 |
| 日常生活自 立 度 | 障害高齢者 | [ ] 自立 [ ] （　　　　　　　　　　） | 判定日 | 　　　　年　　月　　日 |
| 認知症高齢者 | [ ] 自立 [ ] （　　　　　　　　　　） | 判定日 | 　　　　年　　月　　日 |
| 障害認定 | [ ] なし [ ] あり【[ ] 身障 [ ] 療育 [ ] 精神 [ ] 等級（　　　　　　　　）】 |
| 住居環境 | [ ] 所有 [ ] 賃貸【 [ ] 戸建 [ ] 集合住宅（　　　階）】 | 住宅改修 | [ ] あり [ ]  なし |
| 経済状況 | [ ] 年金【[ ] 国民 [ ] 厚生 [ ] 障害関係 [ ] その他の年金（　　　　）】[ ] 特障手当 [ ] 生活保護 |
| 医療保険 | [ ] 後期高齢者医療 [ ] 国民健康保険 [ ] その他（　　　　　　　　　　　　） |
| 現 病 名現 病 歴 |  | 既 往 歴 |  |
| 感 染 症 | [ ] なし [ ] あり【詳細（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）】 [ ] 不明 |
| かかりつけ医又は主治医 | 病 院 名 |  | 電話番号 |  |
| 診 療 科 |  | 医師名 |  | 受診頻度 | 　　　回／　　月 |
| 病 院 名 |  | 電話番号 |  |
| 診 療 科 |  | 医師名 |  | 受診頻度 | 　　　回／　　月 |
| 服薬状況 | 内　服　薬 | [ ] あり [ ] なし | 服薬管理者 | [ ] 本人 [ ] その他（　　　　　　　　　　　　） |
| 管理上の問題 | [ ] あり [ ] なし | 〔処方内容〕 例）別紙にて、お薬手帳コピーを添付。など |
| 飲み忘れ | [ ] あり [ ] なし |
| 眠剤の処方 | [ ] あり [ ] なし |
| ※ 分かる範囲で記入してください。**入院時情報提供シートから変更がない項目の記入は不要**です。 |

様式2-2　（令和２年3月版）　延岡市

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 入院中の状況 | 身体状況 | 体　　格 | 身長(　　　)㎝／体重(　　　)㎏／BMI(　　　) | [ ] 入院中に２～３㎏以上の体重減があった。 |
| 麻　　痺 | [ ] なし [ ] あり【(入院前：　　　度)⇒（入院中：　　度 [ ] 改善）⇒（退院時：　　度 [ ] 改善）】 |
| 皮膚疾患 | [ ] なし [ ] あり（詳細：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| コミュニケーション | 視　　力 | [ ] 問題なし [ ] やや難あり [ ] 困難 [ ] 眼鏡 | 入院前との変化(　　　　　　　　　　　) |
| 聴　　力 | [ ] 問題なし [ ] やや難あり [ ] 困難 [ ] 補聴器 | 入院前との変化(　　　　　　　　　　　) |
| 言　　語 | [ ] 問題なし [ ] やや難あり [ ] 困難 | 入院前との変化(　　　　　　　　　　　) |
| 意思疎通 | [ ] 問題なし [ ] やや難あり [ ] 困難 | 入院前との変化(　　　　　　　　　　　) |
| ＡＤＬ | 移動状態 | [ ] 自立 [ ] 見守り [ ] 一部介助 [ ] 全介助 | 移動手段 |  |
| 更　　衣 | [ ] 自立 [ ] 見守り [ ] 一部介助 [ ] 全介助 | 整　容 | [ ] 自立 [ ] 見守り [ ] 一部介助 [ ] 全介助 |
| 入　　浴 | [ ] 自立 [ ] 見守り [ ] 一部介助 [ ] 全介助 | 入浴法 | （　　　　浴） [ ] 清拭 [ ] 行わず |
| 排泄 | 排　　尿 | [ ] 自立 [ ] 一部介助 [ ] 全介助 [ ] 尿意あり | 便　意 | [ ] 自立 [ ] 一部介助 [ ] 全介助 [ ] 便意あり |
| 排泄方法 | [ ] おむつ [ ] 紙パンツ [ ] パット [ ] ｶﾃｰﾃﾙ・ﾊﾟｳﾁ [ ] ポータブルトイレ（[ ] 常時 [ ] 夜間のみ） |
| 食事 | 状　　況 | [ ] 自立 [ ] 見守り [ ] 一部介助(　　　　　　　　) [ ] 全介助（　　　　　　　　　　　　） |
| 食事制限 | [ ] なし [ ] あり(　　　　　) | 水分制限 | [ ] なし [ ] あり(　　　　　　　) |
| 食の形態 | [ ] 普通 [ ] きざみ [ ] ミキサー [ ] ムース [ ] トロミあり [ ] 経管（　　　）[ ] その他　　　　） |
| 口腔 | 義　　歯 | [ ] なし [ ] あり(　　　) | 口腔衛生 | [ ] 良 [ ] 不良 [ ] 著しく不良 | 口臭 | [ ] なし [ ] あり |
| 嚥下障害 | [ ] なし [ ] 時々むせる [ ] 常にむせる | 嗜 好 品 | [ ] 飲酒：　　合／日 [ ] 喫煙：　　本／日 |
| 睡眠状態 | [ ] 良好 [ ] 不良(　　　　　　) | 睡眠時間 | 　　　時間／日　[ ] 不明(　　　　　　) |
| 精神面での問題 | [ ] なし [ ] あり（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 本人や家族の受け止め／意向 |  | 病気 | 障害・後遺症 | 病名告知 |
| 本人の受け止め方 |  |  | ☐なし☐あり |
| 家族の受け止め方 |  |  | ☐なし☐あり |
| 退院後の生活 | 本人の意向 |  | 阻害要因 |  |
| 家族の意向 |  | 阻害要因 |  |
| 退院後に必要な事柄 | 特別な医療処置 | [ ] なし [ ] 点滴 [ ] 酸素療養 [ ] 喀痰吸引 [ ] 気管切開 [ ] 尿道ｶﾃｰﾃﾙ [ ] 尿路ストーマ [ ] 消化管ストーマ[ ] 痛みコントロール [ ] 排便コントロール [ ] その他（　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 看護の視点 | [ ] なし [ ] あり |
| リハビリの視点 | [ ] なし [ ] あり |
| 禁忌事項 | [ ] なし [ ] あり | 禁忌の内容/留意点 |
| 特記事項 |  |
| 症状・病状の予後予測 |  |
| ※ 分かる範囲で記入してください。**入院時情報提供シートから変更がない項目の記入は不要**です。 |