

入院時情報連携シート

作成日

入院日

入院先医療機関

情報提供元事業所

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。是非ご活用ください。

1. 利用者(患者)の情報

患者氏名	フリガナ	年齢	歳	生年月日	性別	連絡先
		住所				世帯状況
住環境 <small>エレベーター</small>	寝具	経済状況 <small>(年金等)</small>	自立度	認 障	障害等 認定	等級
生活歴						
介護・看取りの意向				趣味・興味・関心等		
特記事項						

2. 家族の情報

キーパーソン 若しくは 主介護者 氏名	フリガナ	続柄	同居有無	連絡先
介護力 <small>(退院後)</small>	介護・看取りの意向		特記事項	

3. 介護の情報

要介護度	認定有効期間	令和	年	月	日	～	令和	年	月	日	自己負担割合	割
サービス利用状況 <small>(その他特記)</small>												

4. 医療の情報

現病歴												
既往歴												
主治医	医療機関名					診療科						
診療方法	自己負担割合	割	皮膚疾患	()	麻痺	()				
医療処置												
特記事項												

5. ADL・IADL等の情報

移動	特記	入浴	特記
口腔	特記	排泄	特記
整容	特記	服薬	特記
食事	食形態	主食	特記
	副食		
コミュニケーション	特記	認知症状	
特記事項			

6. 全体、その他に関する特記事項

特記事項												
------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

退院調整の時期には、ご一報ください。本人の様子を確認のうえ、退院後の介護サービスを調整いたします。

また退院前にはサマリーをいただけると幸いです。

ご担当者が決まりましたら、下記返信欄をご記入のうえ、お手数ですが弊所までご返信くださいますようお願いいたします。

返信欄	担当部署・氏名	返信日	令	和	年	月	日
-----	---------	-----	---	---	---	---	---