

# 入院時情報連携シート

入院先医療機関

作成日

入院日

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	級	障害・病名 <small>※身体・精神のみ</small>
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・看取りの意向				
介護力 <small>(退院後)</small>	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						副食			特記				認知症状
コミュニケーション											特記				
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くと幸いです。

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	年	月	日
-----	---------	--	--	--	--	--	--	--	-----	---	---	---	---