入・退院時居宅サービス情報提供書（泉大津仕様）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　提供年月日：平成　　年　　月　　日

医療機関名

　□　　　　　　　　　　　　　　　　　先生御侍史　（医療･病状に係る内容）

　□　　　　　　看護師・ＭＳＷ・担当者　様　　（ケアに係る内容）　　　　　　【居宅記入欄】

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 利用者氏名 | | |  | | | | | 男・女 | 生年月日 | Ｍ・Ｔ・Ｓ　　　年　　月　　日　　歳 |
| 利用者住所 | | | 〒　　－ | | | | | | 電　　話 | （　　　　　） |
| 要介護度 | 要支援  要介護　　（有効期限）平成　　年　　月　　日 |
| 居住環境 | | 同居・独居 | | 一戸建て・共同住宅 | | | 階段 有・無 | | 障がい高齢者の日常生活自立度 | 自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2 |
| 緊急連絡先 | 氏名 | | | | 続柄 | 連絡先 | | | 認知症高齢者の日常生活自立度 | 自立・Ⅰ・Ⅱａ・Ⅱｂ･Ⅲａ・Ⅲｂ･Ⅳ・Ｍ |
|  | | | |  |  | | | 家族構成 | |
|  | | | |  |  | | |
| 現在受診している医療機関名 | | | | | 主治医 | | | |
|  | | | | |  | | | | 既往歴　（主治医意見書参照） | |
|  | | | | |  | | | |

* 現在利用中のサービス

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 訪問介護　　　　回/週 | 訪問入浴　　　　回/週 | 短期入所 | 福祉用具貸与 |
| 訪問看護　　　　回/週 | 訪問リハビリ　　　回･週 | 住宅改修 |
| 通所介護　　　　回/週 | 通所リハビリ　　　回/週 | 福祉用具購入 | その他 |

* 日常生活動作について

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| コミュニケーション | | 視力（自立・軽・中・重）聴力（自立・軽・中・重）言語（自立・軽・中・重）（　　　　　　　） | | | |
| 周辺症状 | 自立・徘徊・大声・不穏・転倒・転落・その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　） | | | | |
| 麻痺 | 無・有（　　　　　　　　　　　　　　　） | | 拘縮 | 無・有（　　　　　　　　　　　　　　 　　） | |
| 移動 | 独歩・杖・車いす（自立・一部介助・全介助） | | 移乗 | 自立・介助・その他（　　　　　　　　 　　） | |
| 排泄 | 自立・ポータブル（一部介助・全介助）・尿器・オムツ（常時・夜間）・その他（　　　　　　　 　　　） | | | | |
| 清潔 | 自立・一部介助・全介助（一般浴・特浴・シャワー浴・清拭）・その他（　　　　　　　　　　　　　　） | | | | |
| 食事 | 自立(箸・スプーン)・一部介助・全介助 | | 食事形態 | | 米飯・粥（　　）・流動・他（　　 　　　） |
| 嚥下 | 自立・見守り・全介助（　　　　　　　　） | | 口腔ケア | | 自立・見守り・全介助(　　　　　　　　 ) |
| 服薬管理方法 | 自己管理・家族管理（一部介助・全介助） | | 褥瘡（部位） | | 無・有（　　 　　　　　　　　　　　　） |

* ケアプラン作成者からの報告（在宅で行われている介護・医療の状況）

|  |
| --- |
|  |

□　医療と介護の連携の情報提供をよろしく　　　　　　事業所名：

　お願い致します　　　　　　　　　　　　　 住　所：

* 入・退院、転院情報等が入りましたら、ご連絡 Tel：　　　　　　　　Fax：

頂きますようお願い致します　　　　　　　　　　　　　担当者名：

看 護 サ マ リ ―

【病院記入欄】

入院日　平成　　年　　月　　日　　　退院日　平成　　年　　月　　日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 利用者氏名 |  | 男・女 |
| 要介護度変更 | 無・有【要支援　　　要介護　　（有効期限）平成　　年　　月　　日）】区分変更中 | |

※日常生活動作について

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| コミュニケーション | | | 視力:変化無・有（　　　　　　）聴力:変化無・有（　　　　　　）言語:変化無・有（　　　　　　） | | | | |
| 周辺症状 | 自立・徘徊・大声・不穏・転倒・転落・その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | |
| 麻痺 | 無・有（　　　　　　　　　　　　　　） | | | | 拘縮 | 無・有（　　　　　　　　　　　　　　　） | |
| 移動 | 独歩・杖・車いす（自立・一部介助・全介助） | | | | 移乗 | 自立・介助・その他（　　　　　　　　　） | |
| 排泄 | 自立・ポータブル（一部介助・全介助）・尿器・オムツ（常時・夜間）・その他（　　　　　　　　　　　　） | | | | | | |
| 清潔 | 自立・一部介助・全介助（一般浴・特浴・シャワー浴・清拭）・その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | |
| 食事 | 自立(箸・スプーン)・一部介助・全介助 | | | 食事形態 | | | 米飯・粥（　　）・流動・他（　　　　　　） |
| 嚥下 | 自立・見守り・全介助 | | | 口腔ケア | | | 自立・見守り・全介助 |
| 服薬管理方法 | 自己管理：可・不可（一部介助・全介助） | | | その他 | | |  |
| 医療処置内容 | | | | | | | |
| ＩＶＨ | 無・有（　　　　　　　　　　　　　） | | | ＣＶポート | | | 無・有（　　　　　　　　　　　　　） |
| 経管栄養 | 無・有（　　　　　　　　　　　　　） | | | カテーテル | | | 無・有（　　　　　　　　　　　　　） |
| 酸素療法 | 無・有（　　　　　　　　　　　　　） | | | 気管切開 | | | 無・有（　　　　　　　　　　　　　） |
| ストーマ | 無・有（　　　　　　　　　　　　　） | | | 疼痛管理 | | | 無・有（　　　　　　　　　　　　　） |
| 透析 | 無・有（　　　　　　　　　　　　　） | | | 褥瘡 | | | 無・有（　　　　　　　　　　　　　） |
| 感染症 | 無・不明・有（　　　　　　　　　　　） | | | アレルギー | | | 無・不明・有（　　　　　　　　　　） |
| インスリン | 無・有：自己・他者　（種類・単位・注射時間　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | |
| その他 |  | | | | | | |
| 入院時の疾患名 | |  | | | | | |
| ※経過（入院中の状況等） | | | | | | | |
| ※特記事項（退院後必要な処置等） | | | | | | | |

※退院処方については、処方箋の複写を添付して頂けますようにお願い致します。

病院名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　記載日　平成　　年　　月　　日

病棟看護師長　　　　　　　　　　　　　　　　　記載担当者