

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・II a・II b・III a・III b・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
お願い致します

事業所名： _____
住 所： _____

入・退院、転院情報等が入りましたら、ご連絡
頂きますようお願い致します

Tel： _____ Fax： _____
担当者名： _____

看護サマリー

【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お願い致します。

病院名 _____
病棟看護師長 _____

記載日 平成 年 月 日
記載担当者 _____