

入院・入所時患者情報提供書 No.1

記入日: 2018 年 8 月 10 日

1. 基本情報

氏名	(フリガナ) まるまる まるまる 〇〇 〇〇	年齢	73 才	性別	男・女
住所	鹿児島県薩摩郡さつま町船木2315番地1 電話番号	電話番号	0996-90-1111		
入院時の要介護度	<input type="checkbox"/> 要支援 () <input checked="" type="checkbox"/> 要介護 (1) <input type="checkbox"/> 申請中 認定日 2018 年 4 月 20 日 有効期間 2018 年 5 月 1 日~ 2019 年 4 月 30 日				
サービス利用状況	<input type="checkbox"/> 訪問介護 (/週) <input type="checkbox"/> 訪問リハ (/週) <input type="checkbox"/> 訪問看護 (/週) <input type="checkbox"/> 通所介護 (/週) <input checked="" type="checkbox"/> 通所リハ (2/週) <input type="checkbox"/> 短期入所 <input checked="" type="checkbox"/> 福祉用具 (シャワーチェアー) <input type="checkbox"/> 給食 <input type="checkbox"/> その他 ()				
住環境 ※可能ならば写真などを添付	<input checked="" type="checkbox"/> 一戸建て (<input checked="" type="checkbox"/> 持ち家 <input type="checkbox"/> 借家 <input type="checkbox"/> 集合住宅 (階居住) エレベーター <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 段差 (<input type="checkbox"/> 室内 <input checked="" type="checkbox"/> 玄関 <input type="checkbox"/> その他 () <input checked="" type="checkbox"/> 手すり (<input type="checkbox"/> 廊下 <input checked="" type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> 浴室)				
社会資源	<input type="checkbox"/> 特定疾患 () <input type="checkbox"/> 障害者手帳 (種 級) <input type="checkbox"/> 重心医療助成				
年金などの種類	<input checked="" type="checkbox"/> 国民年金 <input checked="" type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 共済年金 <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 生活保護(担当者:) <input type="checkbox"/> その他 ()				
キーパーソン (代理決定者)	氏名 〇〇 〇〇 続柄 夫 年齢 (72) 才 電話番号 0996-90-1111	家族構成 			
介護力	<input checked="" type="checkbox"/> 主介護者がいる <input type="checkbox"/> 主介護者がいない 氏名 (〇〇 〇〇) 続柄 (夫) 年齢 (72) 才 <input checked="" type="checkbox"/> 主介護者をサポートできる人がいる 氏名 (△△ △△) 続柄 (長女) <input type="checkbox"/> 主介護者をサポートできない人がいない				
本人の生活歴 (職業歴含む)	高校卒業後、町役場に就職。職種は事務職。同じ職場の同僚と26歳で結婚。結婚後は専業主婦で、3人の子どもの子育てを終え、主婦業を行いながら、地域の婦人会、現在は老人会でボランティア活動を行ったり、旅行に出かけたりしていた。趣味では畑で家族が食べる分の野菜を家庭栽培していた。				
楽しみ 過ごし方	庭での花の手入れが何より楽しい。老人会で友人と話したり、旅行に出かけることが楽しみ。生まれ育った地域に役立てることが嬉しいので、ボランティア活動もやりがいがある。				
嗜好	喫煙 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (本/日)		飲酒 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (本/日)		

2. 本人・家族の意向

入院前の本人の意向	地域への参加も楽しみにしているが、今後は子育ても終わったので夫とともに旅行に行きたいと思っている。1回脳梗塞をしてから、老人会への参加が以前より少なくなったので、何か人に役に立つ仕事ができたら良い。
入院前の家族の意向 (特に生活について)	介護にはそこまで困っていないが、入浴に困っていて通所リハビリで入浴の機会を利用している。ボランティアの参加が以前のようにできなくなったので、通所リハビリで友人をつくって話ができたら良いと思っている。まだ自分達は若いと思っているので自分の楽しみを持ってほしい。

3. 医療情報

既往歴	平成27年4月(70歳) アテローム血栓性脳梗塞にて〇〇病院へ入院。右不全片麻痺、生活動作への影響は少なく杖歩行レベルまで改善し平成30年8月に自宅へ退院。65歳頃より糖尿病を指摘され、自宅近くのクリニックに通院している。食事・内服治療が主。				
入院歴	<input type="checkbox"/> 頻度は高い/繰り返している <input checked="" type="checkbox"/> 頻度は低いが、これまでもある <input type="checkbox"/> 今回が初めて				
医療管理	<input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 経鼻胃管 <input type="checkbox"/> 胃瘻・腸瘻 <input type="checkbox"/> 創傷処置 <input type="checkbox"/> 褥瘡処置 <input type="checkbox"/> 尿道カテーテル <input type="checkbox"/> 腎瘻・膀胱瘻 <input type="checkbox"/> 尿路ストーマ <input type="checkbox"/> 消化管ストーマ <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> C・Vポート <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> ペースメーカー <input checked="" type="checkbox"/> 排便コントロール <input type="checkbox"/> 疼痛コントロール <input checked="" type="checkbox"/> 血糖コントロール <input type="checkbox"/> 自己注射 () <input type="checkbox"/> その他 ()				
かかりつけ医療機関名	〇〇クリニック(糖尿病)	電話番号	0996-12-3456		

4. その他(気になること等)

今回脳梗塞の再発なので、入院前のように自分のことができなくなるのではないかと心配しています。

居宅介護支援事業所名	〇〇〇事業所	電話番号	1234-56-7890
担当ケアマネジャー(フリガナ)	クオラ 花子 (クオラ ハナコ)	FAX番号	1234-56-7800

入院・入所時患者情報提供書 No.2

患者氏名: ○○ ○○

項目		入院前の状況	支援内容
①意思疎通		<input type="checkbox"/> 不可 <input checked="" type="checkbox"/> 会話 <input type="checkbox"/> 筆談 <input type="checkbox"/> ジェスチャー <input type="checkbox"/> その他	
②基本動作	室内移動	<input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 時間がかかっても介助なしで可能 <input type="checkbox"/> 手を貸してもらうなど一部介助を要す <input type="checkbox"/> 全介助	②屋外は舗装されていない道はゆっくりと歩くため時間はかかるが主として杖歩行で移動が可能。
	移動手段	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 装具 <input checked="" type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> その他	
	屋外移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 時間がかかっても介助なしで可能 <input type="checkbox"/> 手を貸してもらうなど一部介助を要す <input type="checkbox"/> 全介助	
	移動手段	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 装具 <input checked="" type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> その他	
起居動作	<input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 時間がかかっても介助なしで可能 <input type="checkbox"/> ベッド柵を握らせてもらうなど一部介助を		
座位保持	<input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 支えがあれば可能 <input type="checkbox"/> ベッド柵を握らせてもらうなど一部介助を		
③食事	食事動作	<input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 時間がかかっても介助なしで可能 <input type="checkbox"/> おかずを刻むなどの一部介助を要す <input type="checkbox"/> 全介助	
	食事回数	(3)回/1日 ・朝(7)時頃・昼(12)時頃・夕(19)時頃	
	食事形態	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> きざみ <input type="checkbox"/> 嚥下障害食 <input type="checkbox"/> ミキサー	
	とろみ	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
	食器	<input checked="" type="checkbox"/> 箸 <input type="checkbox"/> スプーン <input type="checkbox"/> フォーク <input type="checkbox"/> 特殊箸 <input type="checkbox"/> 変形スプーン <input type="checkbox"/> 変形皿	
④内服	内服薬	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有	
	管理	<input checked="" type="checkbox"/> 自己管理 <input type="checkbox"/> 他者による管理()	
	服薬状況	<input checked="" type="checkbox"/> 処方通り服用 <input type="checkbox"/> 時々飲み忘れあり <input type="checkbox"/> 飲み忘れが多い	
⑤排泄	排泄動作	<input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 時間がかかっても介助なしで可能 <input type="checkbox"/> 便座に座らせてもらう、ズボンを下げるなど、一部介助を要する	⑤トイレ内はL字型の手すりを設置しており、手すりを使用しながら下衣操作は自己にて可能。
	日中	<input checked="" type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> テープタイプ <input type="checkbox"/> パンツタイプ <input type="checkbox"/> 自己導尿 <input type="checkbox"/> 尿取りパット	
	夜間	<input checked="" type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> テープタイプ <input type="checkbox"/> パンツタイプ <input type="checkbox"/> 自己導尿 <input type="checkbox"/> 尿取りパット	
⑥清潔・整容	入浴動作	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 時間がかかっても介助なしで可能 <input checked="" type="checkbox"/> 体を洗ってもらうなど一部介助を要する <input type="checkbox"/> 全介助	⑥自宅での入浴は介護者である夫の不安もあり、通所リハビリ時に入浴サービスを受けている。
	入浴方法	<input type="checkbox"/> 特殊浴 <input checked="" type="checkbox"/> 介助浴 <input type="checkbox"/> 清拭 <input type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> 一般浴(個浴) <input type="checkbox"/> 行わず	
	洗面	<input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 時間がかかっても介助なしで可能 <input type="checkbox"/> 顔を洗ってもらうなど一部介助を要する <input type="checkbox"/> 全介助	
	整髪	<input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 時間がかかっても介助なしで可能 <input type="checkbox"/> 櫛を握らせてもらうなど一部介助を要する <input type="checkbox"/> 全介助	
⑦口腔管理	髭剃り	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 時間がかかっても介助なしで可能 <input type="checkbox"/> 髭剃りを握らせてもらうなど一部介助を要する <input type="checkbox"/> 全介助	
	口腔ケア	<input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 時間がかかっても介助なしで可能 <input type="checkbox"/> 歯磨き粉をつけるなど一部介助を要する <input type="checkbox"/> 全介助	
	義歯管理	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 : <input type="checkbox"/> 上 <input type="checkbox"/> 下 <input type="checkbox"/> 部分 <input type="checkbox"/> 総義歯 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助	
⑧更衣	<input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 時間がかかっても介助なしで可能 <input type="checkbox"/> 袖を通してもらうなど一部介助を要する <input type="checkbox"/> 全介助		
⑨睡眠	睡眠状態	<input checked="" type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良	
	睡眠時間	23 時 ~ 6 時	
	眠剤使用	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 定期 <input type="checkbox"/> 頓服)	
	いびき等	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	