

入院時情報提供用紙【居宅介護支援事業所等 → 病院】京都府共通様式

〇〇病院

御中 介護等の情報を提供いたします。入院中のケアや退院調整に御活用いただければ幸いです。

フリガナ	キョウト タロウ	性別	生年月日	76 歳
氏名	京都 太郎	様 <input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	明・大・昭 <input type="radio"/> 〇	15 年 月 日

要介護度	申請中	要支援 1 2	要介護 1 2 3 4 5	障がい等の認定	なし	身障 () 療育 () 難病 () 精神 ()
障がい高齢者 日常生活自立度	自立	J1 J 2	A 1 A 2 B 1 B 2 C 1 C 2	認知症高齢者 日常生活自立度	自立	I Ila I Ib Ilaa I Ibb IV M

利用者情報	食事	自立	<input checked="" type="radio"/> 見守り	要介護	介助内容: 食事温め・水分のセッティングと促し
	食形態	普通食	<input checked="" type="radio"/> その他	形態:	軟飯・肉類は荒刻み、サバなど青魚禁
	口腔清潔	自立	<input checked="" type="radio"/> 要介護	義歯 <input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無	介助内容: 義歯洗浄・準備と磨き残しの確認要
	排泄	<input checked="" type="radio"/> 自立	見守り	要介護	介助内容: 紙ぱんつの交換を促し、後始末の援助要
	排泄方法	<input checked="" type="radio"/> トイレ	ポータブル	おむつ	※便秘にて緩下剤の服用あり
	入浴	自立	見守り	<input checked="" type="radio"/> 要介護	介助内容: 自宅風呂なし、デイ(週3回)のみで入浴
	入浴場所	自宅風呂	<input checked="" type="radio"/> 通所	訪問入浴	一般浴、洗髪・洗身の一部介助
	移動	自立	<input checked="" type="radio"/> 見守り	要介護	介助内容: 自宅内は伝い歩き、屋外ではシルバーカーを使用
	移乗	自立	<input checked="" type="radio"/> 見守り	要介護	介助内容: 椅子への座り損ないに注意・見守り要
	衣服の着脱	自立	見守り	<input checked="" type="radio"/> 要介護	介助内容: 準備・声かけ必要、靴下・ズボン是一部介助
睡眠の状態	<input checked="" type="radio"/> 良眠	問題あり	状況:		
介護上、特に支障となる点、注意すべき点等	認知症による失見当識障害にて、調理・温め(レンジ操作)が困難となり、食事・水分の促しと服薬介助が必要。時折「時計を盗られた」などの訴えあり、貴重品の管理に要注意。胆管結石にてステント治療あり、便秘や腹痛などの症状に注意。				

住まいの状況	住環境	<input checked="" type="radio"/> 一戸建て	集合住宅	階・エレベーター (有無)
	室内移動・外出・排泄・入浴場面等での住環境上の問題点及び住宅改造の必要性	一軒家(借家)にて独居。自宅風呂が無く、銭湯へ通えなくなり週3回デイでのみ入浴。玄関上り框に踏み台付手すりを設置し、ベッド横にも据え置き手すりをレンタル利用ある。離床・室内移動は概ね自立し、自宅内では転倒なく過ごす。自宅トイレが屋外のため、冬場の寒暖差での血圧変動・膝痛への影響に注意が必要。		

家族情報	家族構成	<input checked="" type="radio"/> 単身	高齢者世帯	同居あり → なし
	特に留意すべき点	関東在住の長女(キーパーソン)が月1回帰郷するが、援助頻度を増やす事や同居は困難。また、緊急時にも対応に時間を要し、カンファ日程などは早めに相談・調整が必要。		

主介護者	フリガナ	ヤマモト ハナコ	続柄	同居・ <input checked="" type="radio"/> 別居 (どちらかに○をつけて下さい)
	氏名	山本 花子	様 長女	TEL
				FAX
キーパーソン	フリガナ		続柄	同居・別居 (どちらかに○をつけて下さい)
	氏名 <input checked="" type="checkbox"/>			TEL
	同上			FAX
緊急時	フリガナ		続柄	同居・別居 (どちらかに○をつけて下さい)
	氏名 <input checked="" type="checkbox"/>			TEL
	同上			FAX

介護に関する本人・家族の意向、生活機能が入院前より低下した場合に生じると予想される問題点、退院に際しての留意点等

数年前から物の紛失や日にちや曜日の曖昧さ目立ち、右膝痛から買い物や銭湯へ通う頻度が減り、栄養状態の悪化と衣類汚染などからサービス導入となった。当初、物とられ妄想から他者の介入を拒む傾向が強かったが、徐々に症状は落ち着きつつある。自宅での生活を希望するが、独居にて常時見守りないため、室内移動と排泄動作が概ね自立することが不可欠である。

退院調整・支援の必要性 (あり) (なし)

かかりつけ医	医療機関名	〇〇内科医院	主治医	〇〇一郎 先生
--------	-------	--------	-----	---------

居宅介護支援事業所 ケアプラン作成(無・有) ※サービスの利用状況については添付のケアプラン1・2(3表)アセスメントシート、フェイスシートなどを参照ください。

事業所名	△△居宅介護支援事業所	担当介護支援専門員	△△二郎
住所	京都市中京区	TEL	
		FAX	
		メール	

作成年月日: 平成28年9月15日