

# 在宅生活情報シート(記入例とポイント)

様式1

## 在宅生活情報シート(R8ver)〈在宅版〉

記入日 年 月 日  
 入院日 年 月 日  
 情報提供日 年 月 日

医療機関名 :  
 ご担当者名 :

事業所名 :  
 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、\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日時点の在宅生活における利用者情報(身体・生活機能など)を送付します。是非ご活用下さい。

### 1. 利用者(患者)基本情報について

患者氏名	(フリガナ) オウシュウ ハナコ 奥州 花子 <input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	生年月日	S××年×月×日生×歳
入院時の要介護度	<input type="checkbox"/> 事業対象者 <input type="checkbox"/> 要支援( ) <input checked="" type="checkbox"/> 要介護( 2 ) 有効期間: 年 月 日 ~ 年 月 日 <input type="checkbox"/> 申請中(申請日 / ) <input type="checkbox"/> 区分変更(申請日 / ) <input type="checkbox"/> 未申請		
障害高齢者の日常生活自立度	A1	認知症高齢者の日常生活自立度	IIa <input checked="" type="checkbox"/> 介護保険の自己負担割合 <input checked="" type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 不明
障害手帳の有無	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( <input type="checkbox"/> 身体 <input type="checkbox"/> 精神 <input type="checkbox"/> 知的 )		
年金などの種類	<input checked="" type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 障がい年金 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> その他( )		
既往歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 悪性腫瘍 <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 急性呼吸器感染症 <input type="checkbox"/> 脳血管疾患 <input checked="" type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> その他( )		

### 2. 家族構成／連絡先について

世帯構成	<input type="checkbox"/> 独居 <input checked="" type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> 子と同居 <input type="checkbox"/> 日中独居 <input type="checkbox"/> その他( )	家族構成(主介護者 ▲ キーパーソン ★)
主介護者氏名	〇〇 〇〇 (続柄 夫 ・ 78. 歳) 同居別居の別 同居	
TEL	〇〇-〇〇〇〇	
意思決定支援者(代諾者)	(続柄 . 歳) 同居別居の別	
TEL		

### 3. 意識疎通について

視力	問題なし	聴力	やや難あり	眼鏡	なし	補聴器	あり	特記事項
意識疎通	<input checked="" type="checkbox"/> 会話に支障がない <input type="checkbox"/> 発語がなく、無言である <input type="checkbox"/> 普通に会話はできないが、具体的な欲求を伝えることはできる <input type="checkbox"/> 複雑な会話はできないが、普通に会話はできる <input type="checkbox"/> 会話が成り立たないが、発語はある							会話に支障はありません。本人は、忘れやすくなってきていることに不安を感じているようです。

### 4. 口腔・栄養について

摂食方法	経口	摂食嚥下機能障害	なし	食物アレルギー	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( )
食形態(主食)	<input checked="" type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 軟飯 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> その他( )	水分(とろみ)	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( )		
食形態(副食)	普通 <input type="checkbox"/> その他( )	左右両方の奥歯でしっかりかみしめられる	不明 菌の汚れ なし		
義歯使用	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり(部分)	歯肉の腫れ、出血	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( ) <input type="checkbox"/> 不明		
特記事項	口腔内に大きく課題は感じていませんが、義歯の管理を家族や支援者に任せてくれません。部分入れ歯の清潔が十分に保たれているか心配です。食事は自分で摂取しますが、時々むせることが最近増えてきたように感じています。				

### 5. お薬について

内服薬	あり	居宅療養管理指導	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(職種: )
薬剤管理	<input type="checkbox"/> 自己管理 <input checked="" type="checkbox"/> 他者による管理(管理者: 夫 管理方法: )		
服薬介助	<input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助(介助内容: ) <input type="checkbox"/> 全介助		
服薬状況	<input type="checkbox"/> 処方通り服用 <input checked="" type="checkbox"/> 時々飲み忘れ <input type="checkbox"/> 飲み忘れが多い、処方が守られていない <input type="checkbox"/> 服薬拒否		
薬剤アレルギー	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( )	特記事項	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( )

### 6. かかりつけ医について

かかりつけ医療機関1	〇〇病院/▲▲科	かかりつけ医療機関2	〇〇クリニック
医師名	〇〇〇先生	医師名	▲▲▲先生
かかりつけ医療機関3		かかりつけ歯科医療機関	◆◆歯科医院
医師名		歯科医師名	〇〇先生
かかりつけ薬局1	〇〇薬局	訪問看護ステーション1	★★ステーション
かかりつけ薬局2	▲▲薬局	訪問看護ステーション2	

◆入院情報連携加算を算定するためには、受領の確認が必要です。

◆生年月日は、西暦でも和暦でも可

◆障害高齢者の日常生活自立度  
 「自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2」から選択

◆認知症高齢者の日常生活自立度  
 「自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M」から選択

◆既往歴  
 主治医意見書などを参考に、要介護状態になった主病名や健康状態などを記入してください。

◆家族構成  
 ・不要なパーツは削除してください。  
 ・足りないパーツはコピーしてご利用ください。  
 ・別居の場合は、可能な範囲で居住地があるとよいです。

◆視力・聴力  
 「問題あり・やや難あり・困難」から選択

◆眼鏡・補聴器  
 「なし・あり」から選択

◆摂食方法  
 「経口・経管栄養・静脈栄養」から選択

◆摂食嚥下機能障害  
 「あり、なし」から選択

◆食形態(副食)  
 「普通、さざみ、摂食嚥下食、ミキサー」から選択

◆奥歯でかみしめられる  
 「できる、できない、不明」から選択

◆歯の汚れ  
 「あり、なし」から選択

◆義歯使用「あり」の場合  
 「総・部分」から選択

◆内服薬  
 「なし、あり」から選択

**7. 人生の最終段階における医療・ケアに関する情報** ※ 本人の意思は変わりうるものであり、本記載が最新の意向を反映しているとは限らないため、常に最新の意向の確認が必要であることについて十分に留意すること

意向の話し合い	<input checked="" type="checkbox"/> 本人・家族等との話し合いを実施している(最終実施日: R ○ 年 ▲ 月 ▲ 日) <input type="checkbox"/> 話し合いを実施していない <input type="checkbox"/> 本人からの話し合いの希望がない <input type="checkbox"/> それ以外 (    )		
※本人・家族等との話し合いを実施している場合のみ記載			
本人・家族の意向	<input type="checkbox"/> 下記をご参照ください <input type="checkbox"/> 別紙参照(書類名:    )		
話し合いへの参加者	<input type="checkbox"/> 本人 <input checked="" type="checkbox"/> 家族(氏名: ○○ ○○ 続柄: 夫 ) (氏名: ◆◆ ◆◆ 続柄: 長女 ) <input checked="" type="checkbox"/> 医療・ケアチーム <input type="checkbox"/> その他 (    )		
医療・ケアに関して本人または本人・家族等と医療・ケアチームで話し合った内容※	回復が見込めない場合の、延命治療(心肺蘇生・人工栄養・人工呼吸器)は希望しない。 痛みがある場合はできるだけ取り除いてほしいと本人、夫・長女は希望しています。 できるだけ自宅での生活を続けたいが、同居する夫の負担も考え、生活の場所については、その都度状況に応じて考えたい気持ちもあるようです。		
その他、人生の最終段階における医療・ケアに関する情報で医療機関と共有したい内容	夫や家族のために編み物を続けることが、本人の生きる力になっています。 「人生の最終段階についての話し合い」は夫も含めて行っていますが、夫はそのような話し合いへの抵抗感が少しあるように感じています。		

◆移乗・移動  
「自立・見守り・一部介助・全介助」から選択

◆移動(屋外・屋内)  
「杖・歩行者・車椅子・その他」から選択

**8. 入院前の身体・生活機能の状況/療養生活上の課題について**

麻痺の状況	<input type="checkbox"/> 右上肢 <input type="checkbox"/> 左上肢 <input type="checkbox"/> 右下肢 <input type="checkbox"/> 左下肢	<input type="checkbox"/> 移乗 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 移動(屋外) <input type="checkbox"/> 杖
褥瘡の有無	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(部位・深度・大きさ等    )	<input type="checkbox"/> 移動 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 移動(屋内)
褥瘡等への対応	<input type="checkbox"/> エアーマット <input type="checkbox"/> クッション <input type="checkbox"/> 体位変換(    時間毎) <input type="checkbox"/> その他(    ) <input checked="" type="checkbox"/> なし	
食事動作	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 食事に関する特記事項	
排泄動作	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 排泄に関する特記事項	排泄は自立していますが、念のためパットを使っています。
入院前のADL/IADL	<input type="checkbox"/> 入浴 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 洗濯 <input type="checkbox"/> 全介助	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
	<input type="checkbox"/> 更衣 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 金銭管理 <input type="checkbox"/> 全介助	
	<input type="checkbox"/> 掃除 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 買い物 <input type="checkbox"/> 一部介助	
	<input type="checkbox"/> 調理 <input type="checkbox"/> 自分も家族も行う	
認知機能精神状態	認知機能や精神状態について特記すべき事項や、対応する際の工夫・ポイントなど 本人は、頑張り屋さんです。自分の不安や心配事を自分からあまり話しません。 周囲から「心配なことはある？」と声をかけてあげると、話しやすくなると思います。 心配事や慣れない場所だと眠れないことがあるようです。	
過去半年間における入院	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> あり(頻度: <input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 2回以上) (直近の入院理由:    ) (期間: 令和    年    月    日 ~    年    月    日)	

◆食事動作・排泄動作  
「自立・見守り・一部介助・全介助」から選択

◆入浴・洗濯・更衣・金銭管理・掃除  
・買い物  
「自立・見守り・一部介助・全介助」から選択

◆調理  
「自分が行う・自分も家族も行う・家族(介護者)が行う」から選択

**9. 入院前の生活における介護/医療の状況、本人の関心等**

介護/医療の状況・本人の生活歴や趣味・関心嗜好等	同封の書類をご確認ください。 <input checked="" type="checkbox"/> 居宅サービス計画(1)~(3) <input type="checkbox"/> その他(    ) 特記事項:    本人は手先が器用で編み物が得意 本人は夫や娘の支援を受けて家で暮らしたいと言っている ご家族は、本人の意向にそって自宅で生活できるように支援したい	<input type="checkbox"/> ペット飼育の有無    なし
--------------------------	---	---

◆ペットの有無  
「あり・なし」から選択

**10. 今後の在宅生活の展望について(ケアマネジャーとしての意見)**

住環境 ※可能ならば「写真」などを添付	住宅の種類 <input checked="" type="checkbox"/> 戸建て <input type="checkbox"/> 集合住宅    特記事項: (    2 階建て, 居室    1 階)    玄関や室内には段差が多い 手すりなし エレベーター    なし	<input checked="" type="checkbox"/> エレベーター 「あり・なし」から選択
在宅生活に必要な要件	娘は協力的で可能な限り自宅での生活を希望していますが、一時的に入所等の利用も必要かと考えています。	
世帯に対する配慮	<input checked="" type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要 (    )	
退院後の支援者	<input checked="" type="checkbox"/> 家族の支援が見込める( <input type="checkbox"/> 十分 <input checked="" type="checkbox"/> 一部) <input type="checkbox"/> 家族以外の支援が見込める ( <input type="checkbox"/> 十分 <input type="checkbox"/> 一部 ) <input type="checkbox"/> 支援は見込めない <input type="checkbox"/> 家族や家族以外の支援者はいない	
退院後の主介護者	<input checked="" type="checkbox"/> 本シート2に同じ <input type="checkbox"/> 左記以外(氏名:    続柄:    年齢:    歳)	
家族や同居者等による虐待の疑い	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(    )	
特記事項	夫がとても介護に一生懸命な方です。もう少し介護サービスを入れてもよいかと思いますが、自分でやるとおっしゃっています。 ご家族が頑張りすぎないように、支援できればと思っています。	

◆エレベーター  
「あり・なし」から選択