

在宅生活情報シート（記入例とポイント）

様式1

入院日： 年 月 日
 情報提供日： 年 月 日

在宅生活情報シート（居宅介護支援事業所→医療機関）

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、利用者情報(身体・生活機能など)の情報を送付します。是非ご活用下さい。

■入院時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。
 FAX でやり取りする場合は「在宅生活情報シート連絡票」を活用してください。

1. 利用者(患者)基本情報について

フリガナ 患者氏名	おうしゅう はなこ 奥州 花子	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	生年月日	S××年 ×月 ×日生(84)歳
住所	〒 奥州市〇〇	電話番号	××-××××	
入院時の要介護度	<input type="checkbox"/> 要支援() <input checked="" type="checkbox"/> 要介護(1) 有効期間：平成 年 月 日 ~ 平成 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	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input checked="" type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2			<input checked="" type="checkbox"/> 医師意見書による
認知症高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input checked="" type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M			<input type="checkbox"/> ケアマネジャーの判断
介護保険の自己負担割合	<input checked="" type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 不明	障害認定	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	種 級 障がい名
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"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> その他			

■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。

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"/> 脳血管障害 <input checked="" type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> その他 ()			感染症	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
入院歴*	最近半年間での入院	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 <input checked="" type="checkbox"/> あり (診断名：〇〇骨折 医療機関名：〇〇病院 期間：29年12月1日~29年2月5日)			
	入院頻度	<input checked="" type="checkbox"/> 頻度は高い・繰り返している <input type="checkbox"/> 頻度は低いが、これまでもある <input type="checkbox"/> 今回が初めて			
入院前に実施している医療処置*	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 経鼻栄養 <input type="checkbox"/> 経腸栄養 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 尿道カテーテル <input type="checkbox"/> 尿路ストーマ <input type="checkbox"/> 消化管ストーマ <input type="checkbox"/> 痛みコントロール <input checked="" type="checkbox"/> 排便コントロール <input type="checkbox"/> 自己注射 () <input type="checkbox"/> その他 ()				

■お薬に関する特記
 必要に応じて内服薬以外の薬剤に関する情報なども記載してください。(貼付剤、パッチなど)

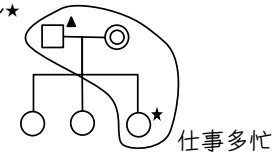
2. お薬について ※必要に応じて、「お薬手帳(コピー)」を添付

内服薬	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	居宅療養管理指導	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	機関名	
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：)				
服薬状況	<input checked="" type="checkbox"/> 処方通り服用 <input 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				
お薬に関する、特記事項	副作用 <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり				

3. かかりつけ医について

かかりつけ医療機関名/医師名	〇〇病院/〇〇	診察方法・頻度	<input checked="" type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 訪問診療 <input type="checkbox"/> 往診 頻度= 1 回/ 〇 月/週
かかりつけ歯科医療機関名/医師名		診察方法・頻度	<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 訪問診療 <input type="checkbox"/> 往診 頻度= 回/ 月/週
他に受診している医療機関/医師名	〇〇眼科/〇〇	診察方法・頻度	<input checked="" type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 訪問診療 <input type="checkbox"/> 往診 頻度= 1 回/ 〇 月/週
バックアップ病院 医師名		診察方法・頻度	<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 訪問診療 <input type="checkbox"/> 往診 頻度= 回/ 月/週

4. 家族構成/連絡先について/住環境

主介護者氏名	〇〇 (続柄 夫)		家族構成：本人は女性◎ 男性 □ 日中独居* <input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし 主介護者▲ キーパーソン★
	連絡先 TEL	連絡先 TEL	
キーパーソン	〇〇 (続柄 三女)	連絡先 TEL	
住環境	住居の種類 <input checked="" type="checkbox"/> 戸建て <input type="checkbox"/> 集合住宅 2 階建て 居室 1 階 エレベーター <input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし ※可能ならば、「写真」などを添付 特記事項 玄関や室内には段差が多い 手すりなし		

*=診療報酬 入院支援加算(1)(2)「退院困難な患者の要因」に関連