

# 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。

## 1. 利用者(患者)基本情報について

フリガナ 患者氏名		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日	年 月 日生 ( ) 歳
住所	〒		電話番号	
入院時の要介護度	<input type="checkbox"/> 要支援 ( ) <input type="checkbox"/> 要介護 ( ) 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 type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2			<input 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 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 type="checkbox"/> 割 <input type="checkbox"/> 不明	障害認定	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	種 級 障がい名
年金などの種類	<input 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*	<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 type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> その他 ( )			感染症 <input 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 type="checkbox"/> あり (診断名: 医療機関名: 期間: 年 月 日 ~ 年 月 日)		
	入院頻度	<input type="checkbox"/> 頻度は高い・繰り返している <input type="checkbox"/> 頻度は低い・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 type="checkbox"/> 排便コントロール <input type="checkbox"/> 自己注射 ( ) <input type="checkbox"/> その他 ( )			

## 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 type="checkbox"/> あり	居宅療養管理指導	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	機関名
薬剤管理	<input type="checkbox"/> 自己管理 <input type="checkbox"/> 他者による管理 (管理者: 管理方法: )			
服薬状況	<input 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 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
かかりつけ歯科 医機関名/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		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
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	(続柄)		家族構成: 本人は女性◎ 男性□ 日中独居* <input type="checkbox"/> あり <input 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	(続柄)			
	連絡先 TEL	連絡先 TEL		
住環境 ※可能ならば、「写真」 などを添付	住居の種類 <input type="checkbox"/> 戸建て <input type="checkbox"/> 集合住宅		階建て 居室 階	エレベーター <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
特記事項				

\*=診療報酬 入退院支援加算(1)(2)「退院困難な患者の要因」に関連

5. 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"/> なし <input type="checkbox"/> あり			褥瘡の有無		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり			
A D L	移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			移動(室内)	<input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他				
	移乗	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			移動(屋外)	<input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他				
	更衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			起居動作	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助				
	入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			入浴方法	<input type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> 一般浴 <input type="checkbox"/> 機械浴 <input type="checkbox"/> その他				
	整容	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			(注)UDFの食形態 <input type="checkbox"/> 区分1 容易にかめる <input type="checkbox"/> 区分3 舌でつぶせる 区分の目安 <input type="checkbox"/> 区分2 歯ぐきでつぶせる <input type="checkbox"/> 区分4 かまなくてよい					
	食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助								
食 事 内 容	食事回数	回/日 (朝 時頃・昼 時頃・夜 時頃)			食事制限	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> あり ( )				
	食事形態	<input 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								
	摂取方法	<input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経管栄養		水分とろみ		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		水分制限 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> あり ( )		
	特記事項	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり								
アレルギー		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり								
口 腔	口腔清潔	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良 <input type="checkbox"/> 著しく不良			義歯	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( <input type="checkbox"/> 部分 <input type="checkbox"/> 総 )			義歯の使用	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
	嚥下機能	<input type="checkbox"/> むせない <input type="checkbox"/> 時々むせる <input type="checkbox"/> 常にむせる								
排 泄 *	排尿	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル ( <input type="checkbox"/> 夜間 <input type="checkbox"/> 常時 )		<input type="checkbox"/> カテーテル・パウチ ( )			
	排便	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			<input type="checkbox"/> オムツ/パッド ( <input type="checkbox"/> 夜間 <input type="checkbox"/> 常時 ) ( )					
睡眠の状態		<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良			眠剤の使用	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( <input type="checkbox"/> 常用 <input type="checkbox"/> 時々 )				
喫煙		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 本くらい/日			飲酒	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 合くらい/日あたり				
コ ミュ ニ ケー ション に お け る 問 題 点	視力	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり : 眼鏡 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり								
	聴力	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり : 補聴器 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり								
	言語	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり			コミュニケーションに関する特記事項:					
	意思疎通	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり								
精神面における療養上の問題		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> せん妄 <input type="checkbox"/> 焦燥・不穏 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 暴力・攻撃性 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 認知機能の低下 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 危険行為 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> その他								

6. 本人／家族の意向について

入 院 前	本人の趣味・興味・関心領域等			在宅生活 について	本人の意向	<input type="checkbox"/> 同封の居宅サービス計画(1)参照	
	本人の生活歴				家族の意向	<input type="checkbox"/> 同封の居宅サービス計画(1)参照	

7. 入院前の介護サービスの利用状況について

入院前の介護サービスの利用状況	同封の書類をご確認ください。 <input type="checkbox"/> 居宅サービス計画書1.2.3表 <input type="checkbox"/> その他
-----------------	---

8. カンファレンス等について(ケアマネジャーからの希望)

「院内の多職種カンファレンス」への参加	<input type="checkbox"/> 希望あり
「退院前カンファレンス」への参加	<input type="checkbox"/> 希望あり 具体的な要望
「退院前訪問指導」を実施する場合の同行	<input type="checkbox"/> 希望あり

9. 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)

在宅生活に必要な要件								
退院後の世帯状況	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢世帯 <input type="checkbox"/> 子と同居 (家族構成員数 名) <input type="checkbox"/> 日中独居* <input type="checkbox"/> その他:							
世帯に対する配慮	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要							
退院後の主介護者	<input type="checkbox"/> 本シート4に同じ <input type="checkbox"/> 左記以外		氏名		続柄		年齢	
介護力*	<input type="checkbox"/> 介護力が見込める ( <input type="checkbox"/> 十分 <input type="checkbox"/> 一部 )				<input type="checkbox"/> 介護力は見込めない <input type="checkbox"/> 家族や支援者はいない			
家族や同居者等による虐待の疑い*	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり							
特記事項								

\*=診療報酬 入退院支援加算(1)(2)「退院困難な患者の要因」に関連