

入院時情報提供書

病院地域連携室 様

作成日	令和 年 月 日	事業所名	
入院日	令和 年 月 日	担当者名	
情報提供日	令和 年 月 日	電話番号	
		FAX番号	

以下の情報は、利用者本人及び家族の同意に基づき提供しています。退院の見込ができましたら速やかにご連絡ください。

基本情報

ふりがな		性別	生年月日	
氏名		男性 女性	M・T・S	年 月 日 (歳)
住所		電話番号		
ふりがな		続柄	同居 別居	
家族氏名		緊急連絡先		
世帯状況	家族同居 高齢者世帯 独居	第2連絡先		
住環境等	一戸建て 借家	家族構成		
家族の介護状況、介護サービス利用状況				

介護保険情報等

要介護度			有効期間		被保険者番号
要支援 1 2	要介護 1 2 3 4 5	申請中	令和 年 月 日～令和 年 月 日		
障害等認定	難病(疾患名) 身障()級 療育(有 無)				
生活保護受給	有 無				

入院前の疾患及びADL情報(令和 年 月 日現在)

現病歴・既往症					
かかりつけ医	①	②	③		
※主治医意見書記入医は必ず記載してください。	内容	内容	内容		
身体状況	麻痺	無 有 不明	(症状等)		
	筋力低下	無 有 不明	(症状等)		
	褥瘡	無 有 不明	(症状等)		
	皮膚疾患	無 有 不明	(症状等)		
生活機能	歩行	可 不可 一部介助	(状態等)		
	食事	可 不可 一部介助	(状態等)		
	入浴	可 不可 一部介助	(状態等)		
	排泄	可 不可 一部介助	(状態等)		
	衣類の着脱	可 不可 一部介助	(状態等)		
	服薬状況	可 不可 一部介助	(状態等)		
認知症 日常生活自立度	Ⅰ:ほぼ自立 Ⅱ:困難さが多少あるが誰かが注意していれば自 Ⅲ以上:日常生活支障有り、要介護				
精神的症状	有・無 (症状等)				
ACPの情報	有・無 (有の場合は、内容)				