

中部の入院時連携シート

(居宅介護支援事業所 ⇒ 病院・医院様)

記入日 _____年 月 日	担当居宅介護支援事業所	介護支援専門員氏名
入院日 _____年 月 日	TEL	FAX

ふりがな 利用者名		男・女	_____年 月 日生(歳)
住 所	TEL		

介護保険 総合事業	(認定済み ・ 申請中) 総合事業 要介護度	家 族 背 景	<キーパーソン・緊急連絡先>	
認定期間	_____年 月 日 ~ _____年 月 日		<ジェノグラム>	
在宅主治医 及び病歴				
入院前の居 宅サービス 利用状況	<訪問系> 名称・頻度		<その他> ショートステイ・福 祉用具貸与・ 住宅改修等	
	<通所系> 名称・頻度			
身障手帳・特定疾患・介護保険負担限度額認定情報等				

入院(病状悪化)する以前の生活状況		特記事項
食事	自立・見守り・一部介助・全介助・その他 (ペースト・刻み・ソフト食・普通/経管栄養)	
口腔ケア	自立・一部介助・全介助・その他	
移動	自立・一部介助・全介助・その他 (見守り・手引き・杖・老人車・歩行器・車椅子)	
入浴	自立・見守り・一部介助・全介助・ 不可(シャワー ・ 清拭)	
排泄	排尿 自立・見守り・一部介助・全介助/オムツ	
	排便 自立・見守り・一部介助・全介助/オムツ	
障害高齢者の 日常生活自立度	自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2	
認知の程度と BPSD	自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M	
服薬管理	自立・一部介助・全介助・その他	
入院に際して の伝達事項 (生活と介護の 状況、環境、経 済状況等)		(必要あれば自宅見取り図、生活動線など別紙へ記入し、情報提供を行う)

(自宅見取り図等)