

入院時情報提供書

年 月 日

変更点は下記のとおり
追加(入退院日の記載)

事業所名

TEL

記入者

押印廃止

印

氏 名

男 女 明 大 昭 平 年 月 日 生 才

住 所

豊岡市

電話

最終入退院
月日と医療
機関名

年 月 日 ~ 年 月 日
() 病院 ・ 医療センター ・ 診療所等

医療機関

かかりつけ医 () 他科の医療機関 ()

かかりつけ歯科医 () かかりつけ薬局 ()

身障者手帳

無 申請中 有 級

介護保険

無 申請中 事業対象者 要支 1 2 要介 1 2 3 4 5

事業所・介護支援専門員等 ()

入院前の
サービス
利用状況

訪問診療 (回/月) 訪問看護(医療 介護 事業所名: (回/週)

ホームヘルプサービス (回/週) 訪問入浴サービス (回/週)

デイサービス (回/週) デイケア (回/週) ショートステイ (回/月)

訪問リハビリ(訪看含む) ~ (事業所名:) (回/週) 住宅改修など

福祉用具購入() 福祉用具レンタル(電動ベッド・エアーマット・歩行補助具・車椅子など)

その他

家族の不安について

具体的内容 ()

住居環境

一戸建て (階) 集合住宅(サ高住含む) 階・エレベーター 有 無

所有物件 賃貸物件 社宅 その他 ()

(入院前の
住居)

廊下幅 広い 狭い 廊下手すり 有 無

玄関段差 有 無 階段手すり 有 無

専用居室 有 無 寝具 寝具 ベッド 電動ベッド

浴 室 有 無 浴室手すり 有 無 浴室内段差 有 無

ト イ レ 和式 洋式 ポータブルトイレ トイレ手すり 有 無

洗浄便座 有 無 トイレまでの段差 有 無

入院前のADLの状況	伝えたい事
------------	-------

「ADL～家族構成」までの間の注釈無し

家族構成 (同居は○で囲む)	介護力及び介護状況等詳細	
裏面1の場合 ○ ○ ○	同意欄	上記内容の情報提供について了解します。
		年 月 日
キーパーソン() TEL()	同意欄	対象者氏名()
主な介護者() TEL()		代理者名 (続柄)

2017.7.11 CM連絡会 修正
 2020.9.8 CM連絡会 修正
 2021.5.12 CM連絡会 修正

裏面一1

家族構成 (同居は○で囲む)	介護力及び介護状況等詳細
----------------	--------------

家族構成 (同居は○で囲む)	介護力及び介護状況等詳細	
裏面2の場合 ○ ○ ○	同意欄	上記内容の情報提供について、家族から電話等で聴取し了解を得ましたので報告します。
		年 月 日
キーパーソン() TEL()	同意欄	担当者名(CM等)()
主な介護者() TEL()		

2017.7.11 CM連絡会 修正
 2020.9.8 CM連絡会 修正
 2021.5.12 CM連絡会 修正

裏面一2