

# 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 ( )  
廊下幅 広い 狭い 廊下手すり 有 無  
(入院前の住居) 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