

作成日:

入院時情報提供書

御中

居宅介護支援事業所名		介護支援専門員名	
TEL		FAX	

 ご本人・ご家族の同意を得てあります

氏名	様	性別		生年月日	年	月	日	(歳)	
現住所				電話番号					
<家族構成> *同居は○で囲む ☆:KP				在宅におけるキーパーソン(KP)					
				氏名	(続柄:)				
				連絡先	☎ (連絡がとりやすい時間帯:)				
				家族関係等 留意点					
要介護度		認定有効期間	~						
障害等認定	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 身障()	<input type="checkbox"/> 療育()	<input type="checkbox"/> 精神()					

既往歴	疾患名	主治医	医療機関	受診頻度
<特別な医療・処置内容等> <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()				

【入院前の身体状況等】

ADL等	状況	特記事項
食事	食事動作	
	食事形態	義歯
	水分	
	嚥下	
排泄	排尿動作	トイレ
	排便動作	
移動動作		補助具
移乗動作		
起居動作		
入浴	入浴方法	
	入浴動作	
着脱動作		
視力		
聴力		
服薬管理		一包化
皮膚状態		

