

入院時情報連携シート

入院先医療機関

作成日

入院日

御中 情報提供元事業所

ケアマネジャー氏名

TEL _____ FAX _____

利用者（患者）／家族の同意に基づき、利用者情報
（身体・生活機能など）の情報を送付します。是非ご活用ください。

1. 利用者（患者）の情報

患者氏名	ふりがな		生年月日		年齢	0 歳	性別		連絡先	
			住所						世帯状況	
住環境	エレベーター	寝具	経済状況 (年金等)	自立度	障害 認知	障害等 認定	等級	級	障害・病名	<small>*身体・精神のみ</small>
生活歴										
介護・看取り の意向						趣味・興味 ・関心等				
特記事項										

2. 家族の情報

キーパーソン もしくは 主介護者 氏名	ふりがな		続柄	()	同居有無		連絡先	
介護力 (退院後)			介護・看取り の意向					
			特記事項					

3. 介護の情報

要介護度	認定有効期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日	自己負担 割合	割
サービス 利用状況 (その他特記)				

4. 医療の情報

主治医	医療 機関名		診療科		診療方法		自己負担 割合	割
現病歴				既往歴				
医療処置			皮膚疾患	()	麻痺	()		
特記事項								

5. ADL・IADL等の情報

移動	特記		入浴	特記	
口腔 ケア	特記		排泄	特記	
整容	特記		服薬	特記	
食事	食形態	主食	副食	特記	
認知症の症状					特記
コミュニケーション	特記				
特記事項					

6. 全体、その他に関する特記事項

特記事項					
------	--	--	--	--	--

退院調整の時期には、ご一報ください。本人の様子を確認のうえ、退院後の介護サービスを調整いたします。

また退院前にはサマリーをいただくと幸いです。

ご担当者が決まりましたら、下記返信欄をご記入のうえ、お手数ですが弊所までご返信くださいますようお願いいたします。

返信欄	担当部署 氏名		返信日	令和 年 月 日
-----	------------	--	-----	----------

返信先（弊所FAX）