

# ケアマネの入院時情報連携シート

医療機関名：  
ご担当者名：

宛て  
様

記入日： 年 月 日  
 入院日： 年 月 日  
 情報提供日： 年 月 日  
 事業所名：  
 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、利用者情報を送付します。是非ご活用ください。

利用者(患者)基本情報	フリガナ	性別	年齢	生年月日	年	月	日	生	
	氏名	様	歳	要介護度	有効期限	令和	年	月	日
	住所	〒			<input type="checkbox"/> 要支援: <input type="checkbox"/> 要介護: <input type="checkbox"/> 区分申請中 電話番号				
	住環境 <small>※可能ならば「写真」などを添付</small>	住居の種類( <input type="checkbox"/> 戸建て <input type="checkbox"/> 集合住宅 )			階建て 居室 階				
		エレベーター ( <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 )			特記事項( )				
	疾病の状況	主治医			認知症の有無 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有				
		既往歴			徘徊等の行動				
					床ずれの有無 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有				
					寝具 <input type="checkbox"/> 布団 <input type="checkbox"/> ベッド <input type="checkbox"/> 特殊マット				
	ADL	移動 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> その他:							
<input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 手引き <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> シルバーカー <input type="checkbox"/> 車いす									
食事 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> その他:									
<input type="checkbox"/> ペースト <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> 軟彩 <input type="checkbox"/> トロミ <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 経管栄養									
排泄 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> その他:									
家族構成/連絡先	世帯構成 <input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> 子と同居 <input type="checkbox"/> その他: <input type="checkbox"/> 日中独居								
	主介護者氏名 (続柄 歳)			<input type="checkbox"/> 同居 自宅電話 <input type="checkbox"/> 別居 携帯電話					
	キーパーソン (続柄 歳)			<input type="checkbox"/> 同居 自宅電話 <input type="checkbox"/> 別居 携帯電話					
入院前の介護サービス利用状況	入院前のサービスについて大幅に変更が必要な場合は事前にご連絡ください								
	日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	特記事項	
今後の生活の展望について	在宅復帰に関するケアマネジャーの所感			問題点 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 介護力 <input type="checkbox"/> 経済的側面 <input type="checkbox"/> 意思疎通・理解力 <input type="checkbox"/> 非協力的 <input type="checkbox"/> 身体的側面 <input type="checkbox"/> その他( )					
	※介護力・住環境踏まえ、ここまで回復が見込めない在宅復帰が難しい内容								
本人家族の意向生活歴など									
カンファレンス等について(退院調整の時期にはご連絡いただき、本人のご様子を確認の上退院後の介護サービスを調整します)									
「退院前カンファレンス」への参加 <input type="checkbox"/> 希望あり			具体的な要望( )						
「家屋調査」を実施する場合の同行 <input type="checkbox"/> 希望あり									