

# 入院時情報提供票

事業所  
住所  
TEL  
FAX  
担当者

事業所



医療機関

様

(記入日) 平成 年 月 日

在宅での生活状況及び介護状況について、下記のとおりご連絡いたします。  
入院時のケアやリハビリテーション、退院調整に利用していただければ幸いです。今後の退院に向け、情報協力やご指導等頂けると助かります。よろしくお願いいたします。  
なお情報については、本人及びご家族の同意に基づき作成されています。

フリガナ 対象者		男・女	生年月日	M・T・S	年	月	日	歳
住 所				電話				
緊急 連絡先	1. 氏名			( )	TEL			
	2. 氏名			( )	TEL			
介護度	申請中・要支援( )・要介護( )		障害手帳		有			内 服 薬
有効期間	H. 年 月 日 ~ H. 年 月 日		生活保護		受給			
既往 歴・ 現病 歴	年・月・日	病 名		病 院 名				
(現況)ADL・IADL	移 動	自立・見守り・一部介助・全介助		<家系図>				
	排 泄	自立・見守り・一部介助・全介助						
	入 浴	自立・見守り・一部介助・全介助						
	更 衣	自立・見守り・一部介助・全介助						
	特記事項							
入院に至る経緯							キーパーソン:	
サリ ー用 ビ中 スの							歯 の 状 態	自歯 総義歯、部分義歯 上義歯、下義歯 ( )
食事 形態	(主 食)	普通・軟食・全粥・ミキサー・とろみ		アレルギー	無・有 ( )			かかりつけ歯科医
	(副 食)	普通・荒キザミ・キザミ・ミキサー・ソフト食・ゼリー食・とろみ						
意思 疎通	視力	支障 無・有 ( )		意思伝達	出来る・出来ない( )			
	聴力	支障 無・有 ( )		指示への反応				
認知 症	無・有 ( 被害妄想・感情不安定・昼夜逆転・暴言、暴行・徘徊・その他( ) )							
退院後の希望(本人・家族):								

※お願い 退院時期が決まり次第、ご連絡を下されば幸いです。