

# 入・退院時居宅サービス情報提供書（忠岡町仕様）

提供年月日：令和 年 月 日

医療機関名 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ 先生御侍史 （医療・病状に係る内容）

\_\_\_\_\_ 看護師・MSW・担当者 様 （ケアに係る内容） 【居宅記入欄】

利用者氏名		男・女	生年月日	M・T・S	年 月 日	歳
利用者住所	〒 _____	電 話		_____ ( )		
		要介護度		要支援 _____ 要介護 _____ (有効期限) 令和 年 月 日		
居住環境	同居・独居	一戸建て・共同住宅	階段 有・無	障がい高齢者の日常生活自立度	自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2	
緊急連絡先	氏名	続柄	連絡先	認知症高齢者の日常生活自立度	自立・I・II a・II b・III a・III b・IV・N	
				家族構成		
現在受診している医療機関名		主治医				
				既往歴 （主治医意見書参照）		

**\* 現在利用中のサービス**

訪問介護	回/週	訪問入浴	回/週	短期入所	福祉用具貸与
訪問看護	回/週	訪問リハビリ	回・週	住宅改修	
通所介護	回/週	通所リハビリ	回/週	福祉用具購入	その他

**\* 日常生活動作について**

コミュニケーション	視力（自立・軽・中・重）聴力（自立・軽・中・重）言語（自立・軽・中・重） ) ( )				
周辺症状	自立・徘徊・大声・不穏・転倒・転落・その他 ( )				
麻痺	無・有 ( )	拘縮	無・有 ( )		
移動	独歩・杖・車いす(自立・一部介助・全介助)		移乗	自立・介助・その他 ( )	
排泄	自立・ポータブル(一部介助・全介助)・尿器・オムツ(常時・夜間)・その他 ( )				
清潔	自立・一部介助・全介助(一般浴・特浴・シャワー浴・清拭)・その他 ( )				
食事	自立(箸・スプーン)・一部介助・全介助		食事形態	米飯・粥 ( )・流動・他 ( )	
嚥下	自立・見守り・全介助 ( )		口腔ケア	自立・見守り・全介助 ( )	
服薬管理方法	自己管理・家族管理(一部介助・全介助)		褥瘡(部位)	無・有 ( )	

**\* ケアプラン作成者からの報告（在宅で行われている介護・医療の状況）**

医療と介護の連携の情報提供をよろしく  
お願い致します

事業所名： \_\_\_\_\_  
住 所： \_\_\_\_\_

入・退院、転院情報等が入りましたら、ご連絡  
頂きますようお願い致します

Tel： \_\_\_\_\_ Fax： \_\_\_\_\_

担当者名： \_\_\_\_\_

# 看護サマリー

【病院記入欄】

入院日 令和 年 月 日 退院日 令和 年 月 日

利用者氏名		男・女
要介護度変更	無・有【要支援__ 要介護__ (有効期限) 令和 年 月 日】区分変更中	

※日常生活動作について

コミュニケーション	視力:変化無・有 ( ) 聴力:変化無・有 ( ) 言語:変化無・有 ( )		
周辺症状	自立・徘徊・大声・不穏・転倒・転落・その他 ( )		
麻痺	無・有 ( )	拘縮	無・有 ( )
移動	独歩・杖・車いす (自立・一部介助・全介助)	移乗	自立・介助・その他 ( )
排泄	自立・ポータブル (一部介助・全介助)・尿器・オムツ (常時・夜間)・その他 ( )		
清潔	自立・一部介助・全介助 (一般浴・特浴・シャワー浴・清拭)・その他 ( )		
食事	自立 (箸・スプーン)・一部介助・全介助	食事形態	米飯・粥 ( )・流動・他 ( )
嚥下	自立・見守り・全介助	口腔ケア	自立・見守り・全介助
服薬管理方法	自己管理:可・不可 (一部介助・全介助)	その他	

医療処置内容

IVH	無・有 ( )	CVポート	無・有 ( )
経管栄養	無・有 ( )	カテーテル	無・有 ( )
酸素療法	無・有 ( )	気管切開	無・有 ( )
ストーマ	無・有 ( )	疼痛管理	無・有 ( )
透析	無・有 ( )	褥瘡	無・有 ( )
感染症	無・不明・有 ( )	アレルギー	無・不明・有 ( )
インスリン	無・有:自己・他者 (種類・単位・注射時間 ( ))		
その他			

入院時の疾患名

※経過 (入院中の状況等)

※特記事項 (退院後必要な処置等)

※退院処方については、処方箋の複写を添付して頂きますようお願い致します。

病院名 \_\_\_\_\_

記載日 令和 年 月 日

病棟看護師長 \_\_\_\_\_

記載担当者 \_\_\_\_\_