

入・退院時居宅サービス情報提供書（泉大津仕様）

提供年月日： 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・M		
				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 _____ 年 _____ 月 _____ 日 退院日 _____ 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) 平成 _____ 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けますようお願い致します。

病院名 _____

記載日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

病棟看護師長 _____

記載担当者 _____