


情報共有シート(入院時・退院時・転院時・カンファレンス時等)

事業所名			病院名		
	TEL			TEL	
	FAX			FAX	
担当者名			退院時カンファレンス出席者名		
氏名	ワカナ		生年月日	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> R 年 月 日 歳	
				性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
住所				電話番号	
緊急時連絡先(優先順位)					
氏名		居住地(例:福島市など)	続柄	電話番号	備考
1			兄		
2			弟		
入院原因となった病名			入院日	令和 年 月 日	
合併症			退院(予定)日	令和 年 月 日	
病歴			在宅主治医	医療機関名	
				TEL	
家族構成図		住環境	<input type="checkbox"/> 一戸建 <input type="checkbox"/> 集合住宅( 階建て 階) エレベーター( ) <input type="checkbox"/> 住環境上の問題( 本人の居室( ) )	医療機関名	
				TEL	
主:主介護者 キ:キーパーソン <input type="radio"/> 女性 <input type="checkbox"/> 男性 		身障手帳	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( 種 級 障害名 )		
		重度障害	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 特定疾患 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 疾患名 ○○病		
介護者・家族の状況		要介護度	<input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 区分変更中( 月 日 )		事業対象者
			要支援 要介護		( )
		介護保険認定有効期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日		
		介護負担割合	( ) 割		
		サービス利用状況			

ADL等	自立	見守り	一部介助	全介助	入院時(退院時)特記事項 ※情報把握している範囲で可	
移動	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
移乗	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
食事	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	主食 副食 <input type="checkbox"/> 水分制限 <input type="checkbox"/> とろみ剤使用 <input type="checkbox"/> 嚥下障害 その他(自由記載) (例:食事が低下している、体重が減少している等、入院時・退院時担当者が不安に思っていること等)	
更衣	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
入浴	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
排泄	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
服薬	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
口腔状態	義歯 <input type="checkbox"/> 部分義歯 <input type="checkbox"/> 自歯 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 総義歯			【自由記載】※共有したい情報等あればご記入ください。		
認知症理解度	<input checked="" type="checkbox"/> 支援が必要					
本人の生活・活動状況						
療養上の問題						
医療処置	①内容: <input type="checkbox"/> バルンカテーテル <input type="checkbox"/> ストマ <input type="checkbox"/> インスリン <input checked="" type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 気管切開					
	<input type="checkbox"/> 在宅酸素 その他( )					
	②方法(処置行う人): <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 家族(具体的には誰 )					
経済状況	③問題点:					
	<input type="checkbox"/> 年金 <input type="checkbox"/> 生活保護 その他( ) 金銭管理: <input type="checkbox"/> 本人 その他( )					
備考・特記事項等						
ケアマネジャーからの連絡	カンファレンスの希望		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	主治医からの説明の希望		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無

この情報を提供することについて、ご本人またはご家族から同意をいただいています。

この情報は、令和 年 月 日現在のものです。