

利用者(入院時) 情報提供書

居宅介護支援 事業所 → _____ 病院御中

作成日:平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

この情報は利用者及び家族の同意に基づき提供しています。

(ふりがな) 利用者氏名	(_____) 男・女	生年月日 (M・T・S) _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 歳)	
住 所		電話番号	
家族状況			
連絡先①		住所 電話番号	
連絡先②		住所 電話番号	
かかりつけ医 (病院/主治医)		住所 電話番号	
入院にいたる経緯			
介護度・サービス状況			
障がい手帳	無・有 / 身体・療育・精神(_____ 級) / 障がい名(_____)		
既往歴・現病歴			

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日時点

入院前身体状況			
認知症状	無・有 (_____)		
精神症状	無・有 (_____)		
服薬状況	自立・見守り・一部介助・全介助	特記事項	
食 事	自立・見守り・一部介助・全介助		
口腔ケア	自立・見守り・一部介助・全介助		
移動(歩行)	(手段) 独歩・シルバーカー・歩行器・車椅子・その他(_____)		
	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		
排 泄	自立・見守り・一部介助・全介助		
備考			

*見守り(介護者の指示を含む)

事業所名・電話番号

担当ケアマネージャー

<さがみはら介護支援専門員の会作成書式>