

入院時連携シート(居宅介護支援事業所)

病院・医院様

記入日 平成 年 月 日	担当居宅介護支援事業所	介護支援専門員氏名
		FAX

ふりがな 利用者名		男・女	M・T・S	年	月	日生(歳)
住 所						

介護保険	(申請済み ・ 申請中)		家 族 背 景	<キーパーソン>		
	要支援	1 2				
要介護	1 2 3 4 5					
認定期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日					
在宅主治医						
入院前の 居宅 サービス 利用状況	<訪問系> 名称・頻度		<その他> ショートステイ・福 祉用具貸与・ 住宅改修等			
	<通所系> 名称・頻度					

入院(病状悪化)する以前の生活状況		特記事項
食事	自立・見守り・一部介助・全介助・その他 (ペースト・刻み・ソフト食・普通/経管栄養)	
口腔ケア	自立・一部介助・全介助・その他	
移動	自立・一部介助・全介助・その他 (見守り・手引き・杖・老人車・歩行器・車椅子)	
入浴	自立・見守り・一部介助・全介助・ 不可(シャワー・清拭)	
排 泄	排尿 自立・見守り・一部介助・全介助/オムツ	
	排便 自立・見守り・一部介助・全介助/オムツ	
認知の程度	自立・・ a・ b・ a・ b・ M	
入院に際し て伝達事項 (暮らし方、 問題点、環 境、経済状 況等)	(必要あれば自宅見取り図、生活動線など別紙へ記入し、情報提供を行う)	