**利用者情報共有シート** （居宅介護支援事業所、入所施設　⇒　病院、有床診療所）

**（別紙３－１）**

作成日　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| **(居宅介護支援事業所名・入所施設名記載)** | (所属・担当者) |
| TEL：　　　　　　 　FAX： |

**基本情報**（選択欄は、該当するところへ〇）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 本 人 | ﾌﾘｶﾞﾅ | 生年月日 大正・昭和 年 月 日 | 【特記事項：家族構成等】 |
| 氏名 | （男・女）TEL |
| 住所 | 〒 |
| 主介護者 | 氏名 | （続柄） 　　同居･別居 |
| 電話 | 1. ② |
| キーパーソン | 氏名 | （続柄）　 同居･別居 |
| 電話 | 1. ② |

**入院前の医療・介護・住環境**（わかる範囲で記載）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 医療 | かかりつけ医 | （医療機関名） | | | 【特記事項：病状、既往症、ケアの留意点等】 |
| 主病名 |  | | |
| 処置等 | インスリン・胃ろう・経管栄養・点滴・喀痰吸引・酸素療法  ｶﾃｰﾃﾙ・導尿・ストマ・褥瘡・他( 　 ) | | |
| 服薬管理 | 本人・家族・看護師・その他(　　 ) | | |
| (感染症) | MRSA・緑膿菌・その他 (　 　 ) | | |
| 認知症等　（有・無） | 昼夜逆転 ・短期記憶障害・介護抵抗・収集癖  徘徊・幻覚・妄想・その他(　　　 ) | | |
| 介護  障害  認定 | 要介護度  （有・無） | 要支援 1 2　要介護 1 2 3 4 5 申請中  （有効期間 年 月 日まで） | | | 【特記事項：利用サービス等（例）訪問介護（事業所名）　２回／週　曜日】 |
| 障害認定　（有・無） | 身障・精神（　種　級）・申請中  疾患名： | | |
| 住環  境 | 住 宅 | 持家・貸家・他 | 居室 | 1F・2F・他 |
| 寝 具 | ﾍﾞｯﾄﾞ ・ 電動ﾍﾞｯﾄﾞ ・ 布団 ・ 他 | | |

**入院前のＡＤＬ**（わかる範囲で記載）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 移動 | 介助事項 | 寝返り・起き上がり・立ち上がり・乗り移り・座位保持 | | | 【特記事項】 |
| 方法 | 独歩・杖・歩行器・車いす・ベット上  （自立・見守り・一部介助・全介助） | | |
| 食事 | 介助事項 | 自立・ｾｯﾃｨﾝｸﾞで自立・一部介助・全介助 | 義歯 | 有・無 |
| 食形態 | 常食・お粥・ミキサー食・他（　　　） | | |
| 排泄 | 自立・Pトイレ・おむつ・紙パンツ・  尿器・尿道ｶﾃ（最終排便　　月 　日） | | | |
| 入浴 | 一般浴・介助浴・機械浴・清拭（最終日　 月　日） | | | |
| 理解 | 理解力 | 普通・わかり難い・わからない | | |
| 視力障害 | 有・無　（眼鏡　有・無） | | |
| 聴力障害 | 有・無　（補聴器　有・無） | | |

**本人・家族の意向、課題等**

|  |
| --- |
|  |

**＊既存の看護サマリー等の様式がない場合の病院提出用。**