

## 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)

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○)

本人	フリガナ	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	ベッド <sup>o</sup> ・電動ベッド <sup>o</sup> ・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・ベッド上 (自立・見守り・一部介助・全介助)	
食事	介助事項	自立・セッティングで自立・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 <sup>o</sup> (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。