

情報共有シート（入院時・退院時・カンファレンス時）

事業所名			病院名		
	TEL	Fax		TEL	Fax
担当者名			退院時カンファレンス出席者名		
氏名	フリガナ		生年月日	M T S	
				年 月 日	歳
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					
2					
入院原因となった病名			入院日	年 月 日	
合併症			退院(予定)日	年 月 日	
病歴		在宅主治医	医療機関名		
				TEL	
			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(有・無) <input type="checkbox"/> 住環境上の問題(本人の居室(有・無))		
主:主介護者 キーパーソン ○女性 □男性	身障手帳	無・有 ( 種 級 障害名 )			
	重度障害	無・有	特定疾患	無・有	疾患名
	要介護度	<input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 区分変更中( 月 日) 要支援 1 2 要介護 1 2 3 4 5			
	介護保険認定有効期間		年 月 日 ~ 年 月 日		
	サービス利用状況				
介護者・家族の状況					

ADL等	自立	見守り	一部介助	全介助	入院時特記事項	ADL等	自立	見守り	一部介助	全介助	退院時特記事項
移動	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		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"/>		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 :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	主食 :
					副食 :						副食 :
					水分制限・とろみ剤使用・嚥下障害						水分制限・とろみ剤使用・嚥下障害
更衣	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		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"/>		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"/>		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"/>		服薬	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
認知症理解度	<input type="checkbox"/> 問題あり										
本人の生活・活動状況											
療養上の問題											
医療処置	①内容:バルンカテーテル・ストマ・インスリン・喀痰吸引・胃ろう・じょくそう・気管切開・在宅酸素 その他( )										
	②方法(処置行う人):本人・訪問看護・家族(具体的には誰 )										
	③問題点										
経済状況	年金・生活保護・その他( ) 金銭管理:本人・その他( )										
備考											
ケアマネジャーからの連絡	カンファレンスの希望 有 ・ 無				主治医からの説明の希望 有 ・ 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、 年 月 日現在のものです。