入 院 時 情 報 提 供 書（医療連携）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　御中

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 利用者名 | | 様 | | | 性別 | |  | 生年月日 | 年　　月　　日 | |
| 住　　所 | |  | | | | | | 電話番号 |  | |
| 心身の状況（入院前） | | | | | | | |  | | |
| 要介護度 |  | |
| Ａ  Ｄ  Ｌ |  | 自立状況 | | 具体的状況 | | | | | | |
| 移動 | 自 立 ・ 一部介助 ・ 全介助 | |  | | | | | | |
| 食事 | 自 立 ・ 一部介助 ・ 全介助 | |  | | | | | | |
| 排泄 | 自 立 ・ 一部介助 ・ 全介助 | |  | | | | | | |
| 入浴 | 自 立 ・ 一部介助 ・ 全介助 | |  | | | | | | |
| 更衣 | 自 立 ・ 一部介助 ・ 全介助 | |  | | | | | | |
| 整容 | 自 立 ・ 一部介助 ・ 全介助 | |  | | | | | | |
| 認　知 | |  | | | | | | | | |
| 行　動 | |  | | | | | | | | |
| 生　活　環　境 | | | | | | | | | | |
| 【家族の状況】 | | | | | | | その他 | | | |
| サービス利用状況 | | | | | | | | | | |
| サービス種別 | | | 頻　度 | | | サービス種別 | | | | 頻　度 |
| 訪問介護 | | |  | | | 通所介護 | | | |  |
| 訪問看護 | | |  | | | 通所リハビリ | | | |  |
| 訪問入浴 | | |  | | | 短期入所 | | | |  |
| 訪問リハビリ | | |  | | |  | | | |  |
| 福祉用具 | | |  | | | | | | | |
| ～備考～ | | | | | | | | | | |

上記のとおり情報提供いたします。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　○○○○居宅介護支援事業所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　○○市○○△△00 TEL 0000-00－0000

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　担当介護支援専門員　○○　○○　 印