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 |  |
| ＡＤＬ |  | 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