病院
様

事業所名
担当者氏名
電話　　FAX

☐ この情報を転院先に提供することに同意します

在宅情報提供書

記載日　　年　　月　　日

ﾌﾘｶﾞﾅ		性別	男・女	生年月日	年　月　日	歳
氏　名				電話		
居住地				同居者	無・有（　　）	

関係者・相談者

	氏　名	続柄	連絡先	主介護者
1				
2				
3				

かかりつけ医・歯科医				入院連絡:	未・済
かかりつけ薬局		住宅環境	戸建て・集合住宅（　階）	エレベーター:	有・無

介護保険

要介護度		認定期間	～	負担割合	割
現在利用中のサービス（内容、回数、事業所など）					

身体状況・ADLなど

麻痺	有　無　→ありの場合（　左　右　、上肢　下肢）	寝たきり度	J A B C ー 1 2
基本動作	起き上がり：　自立・見守り・一部介助・全介助	座位保持：　自立・見守り・一部介助・全介助	
	立ち上がり：　自立・見守り・一部介助・全介助	移　乗：　自立・見守り・一部介助・全介助	
移動	独歩・杖・歩行器・車いす（自立）・車いす（見守り）・車いす（介助）・移動不可		
食事	経口（自立・セッティング・一部介助・全介助）・経管栄養・絶飲食	水分トロミ（有　無）	
入浴	浴槽（自立　一部介助　全介助）シャワー（自立　一部介助　全介助）特浴　清拭（行っていない）		
排泄	トイレ（自立・介助）ポータブル（自立・介助）オムツ　カテーテル留置	失禁（有　無）	尿便意（有　無）
更衣・整容	自立・見守り・一部介助・全介助	その他特記事項（　）	
意思疎通	自立・見守り・一部介助・全介助	その他特記事項（　）	
理解・判断	自立・見守り・一部介助・全介助	その他特記事項（　）	
認知症	自立度（ Ⅰ　Ⅱa　Ⅱb　Ⅲa　Ⅲb　Ⅳ　M ）		
	BPSD ☐無 ☐大声 ☐徘徊 ☐夜間せん妄 ☐暴言 ☐暴力 ☐介護への抵抗		

入院前から続く課題	有　無　有りの場合は、特記事項に内容を記載	親族図
特記事項（既往、手帳の内容など）		

入院日		受領日		受領者	

春日井市作成（参考様式　R8.11.5 ）