

- ① 必須項目（\*赤）
- ② 基本記載項目（黒） ○印
- ③ 選択記載項目（青）

# 1枚目【表】

年 月 日 作成	【事業者名】 *必須項目	【作成者名】 *必須項目	【入院日】 *必須項目 年 月 日
----------	--------------	--------------	----------------------

## 入院時・退院時 情報共有シート

### 1 利用者（患者）基本情報

利用者氏名												様											
○ 生年月日		年			月			日			歳		性別										
○ 要介護認定		負担割合			認定有効期間			年		月		日から		年		月		日まで					
		認定日		年		月		日		障害高齢者の日常生活自立度		認知症高齢者の日常生活自立度											
○ (入院時) 情報提供日		年			月			日			(備考)												
○ (退院時) 情報共有日		年			月			日															
○ 居宅介護支援事業所名		TEL				FAX				担当ケアマネジャー氏名													
区担当 ケースワーカー / 保健師		社会福祉職		保健師		生活保護有/無		担当 ケースワーカー		TEL		TEL		TEL									
地域包括支援センター (地域ケアプラザ)		主任ケアマネジャー		看護職		社会福祉職				TEL		TEL		TEL				(備考)					
名称: 地域ケアプラザ		TEL		TEL		TEL																	
手帳		身体障害者手帳		種別		種類		精神障害者保健福祉手帳		TEL		TEL		TEL		TEL		経済状況					
助成及び減免制度		負担限度額認定証		助成種類														(備考)					

### 2 家族・地域の支援について

○ 家族情報		手書きでお願いします【ジェノグラム】						地域支援等					
ジェノグラムの材料		<div style="display: flex; gap: 10px;"> <span>◎</span> <span>□</span> <span>●</span> <span>■</span> </div>											

○ キーパーソン等	家族等	関係	自宅電話	携帯電話	主介護者	関係	自宅電話	携帯電話
	近隣等	関係	自宅電話	携帯電話		民生委員	自宅電話	携帯電話

### 3 本人家族の意向について

○ 本人の性格・趣味・関心ごと	
○ 生活歴	
○ 本人の意向	
○ 家族の意向	

## 2枚目【裏】

### 4 医療・薬等について

○ 入院時 情報提供先	病院名		担当医		病院電話	
	担当MSW 担当NS		氏名		相談室等 直通電話	
○ かかりつけ医	病院・ 診療所名		担当医		連絡先	
○ 既 往						
○ 現 病						
○ 服 薬 ／一包化		薬情報				
○ 特別な医療						(備考)

### 5 身体・生活機能の状況

○ 住居環境	住宅 種類		エレベーター		総階数		階	トイレ		浴室		浴室 手摺り		トイレ 手摺り
○ A D L	食事		排泄		入浴		移動		整容		口腔 ケア		更衣	
○ I A D L	調理		洗濯		買物		掃除		通院		金銭 管理		(備考)	
○ 認知 症	認知症診断 有無		短期記憶		日常の意思決定 を行う為の認知能力					自分の意思の伝達能力				
	認知症状の 周辺症状		幻視 幻聴		悪夜 逆転		介護 拒抗		徘徊		不潔 行為		性的問 題行動	(備考)
			妄想		暴言		暴行		火の不 始末		異食 行動		その他 (備考欄へ記載)	
○ 夜間の状態														
○ 入院時 サービス利用 状況			頻度				頻度		(備考)					
			頻度				頻度							

### 6 カンファレンスについて

院内カンファレンス 参加希望	有		無		退院時カンファレンス 参加希望	有		無		(備考)
-------------------	---	--	---	--	--------------------	---	--	---	--	------

### 退院・退所時に留意する事項

○退院後に在宅生活において、利用者（患者）及び利用者家族（患者家族）への指導内容										
【退院前に確認しましたか？】 □発熱・下痢・おう吐・便秘・痛みなどの対処方法は？ □緊急で受診しなくてはいけないときの症状（サイン）は？ □時間外に受診する場合の連絡方法は？  【病気の認識】 【ACP（本人の意思・家族の意向）】	訪問看護の導入について				指示書の依頼				(備考)	