

【医療機関の関係者様へ】退院時には情報提供ありがとうございました。貴病院退院後概ね1ヶ月～2ヶ月後の生活期での様子を報告いたします。医療機関と介護事業所との情報交換が活発に実施され、今後の引継ぎがより良くなる事を目的とした情報提供書です。

在宅生活情報提供書

ケアマネジャー

⇒

医療機関名

FAX送信の時は個人が特定出来ないよう配慮します	退院年月日		年	月	日	居宅事業所名		
						電話：—	FAX：—	
						担当ケアマネジャー		
お薬	☐ 指示通りのめている ☐ 時々忘れる ☐ 薬の管理に問題がある（内服・外用などを含む） 薬の管理： ☐ 本人 ☐ 家族 ☐ その他（ ）							
通院	☐ 定期的に診察を受けている ☐ 時々受けている ☐ 受けていない							
食事	☐ 食べている ☐ 食べれなくなってきた							
生活の状況	居住地	☐ 自宅 ☐ 入所 ☐ 入院 その他（ ）						
	介護サービスの利用状況	☐ 通所リハビリ（デイケア） 回／週 ☐ 通所介護（デイサービス） 回／週 ☐ 訪問リハビリ 回／週 ☐ 訪問看護 回／週 ☐ 訪問介護 回／週 ☐ 訪問入浴 回／週 ☐ ショートステイの利用 ☐ その他（ ） ☐ 福祉用具貸与（ ☐ ベッド ☐ 車椅子 ☐ 歩行器 ☐ 杖 ☐ 手すり ☐ スロープ）						
		住宅改修状況	☐ 手すり ☐ 段差変更 ☐ 床の変更 ☐ 扉の変更 ☐ 便器の変更					
		転倒の有無	☐ なし ☐ 時々転倒する ☐ 頻繁に転倒する					
		ADL等の低下： ☐ なし ☐ あり ありの場合、低下した内容（ ） その原因（ ）						
	家族介護者などの状況	☐ 問題なく介護している ☐ 介護負担が強く疲労 ☐ 独居・協力者がいない コメント：						
	家族介護の意欲	☐ 在宅介護を望んでいる ☐ 親族の協力が得られる 続柄（ ） ☐ 困難になれば施設を望む ☐ 施設を望む ☐ 不明 キーパーソン：						
退院時カンファレンスについての気づき：								
病院の指導で住宅改修： ☐ あり ☐ なし 有りの場合、住宅改修の状況： ☐ 役立っている ☐ 役立っていない場合がある → 役立っていない場合(場所・問題点等)								
本人の生活状況の変化：								
その他伝達事項（気づき・要望・意見など自由記載）								

添付資料：・居宅サービス計画書 ☐ 有 ☐ 無 ・リハビリテーション実施計画書等 ☐ 有 ☐ 無 ・その他書類 ☐ 有 ☐ 無

報告日 年 月 日