

- 1 介護度を入力します。認定調査日など伝えたいことは右側に記入
- 2 等級の他に障がい名を記載
- 3 介護保険サービス、インフォーマルの種類、頻度とあわせて、内容等の状況も記入します。
- 4 段差の状況、危険箇所、リハビリが必要な事を記載
- 5 技術、知識、意欲についても記載
- 6 種類を選択後、可能であればおおよその額を記載

医療と介護の連携情報提供書(在宅情報)

記入(届)日 令和 年 月 日 ~
入院日 令和 年 月 日

氏名	様		生年月日	年 月 日	歳
住所	北上市		電話番号		
担当ケアマネ 事業所	名称	介護体制構成図			
	担当者				
	住所	緊急連絡先 ⑫ <small>※緊急時以外は関係ありません</small>			
	TEL/Fax				
認定情報	①	主…主介護者 ☆…キーパーソン/決定権			
障がい者手帳	②	種	級	⑨ ○ □	
介護サービス (補具・用具) 利用状況	③				
住宅状況 段差・住改 り・連携	④				
介護力を含めた 家族状況 本人家族の意向	介護力 家族状況	⑤			
	本人 家族				
経済状況	⑥				
かかりつけ 病院 (医科歯科)	⑦		病歴	⑩	
移動・動作 麻痺・痛み	⑧		服薬	⑪	
補助具			睡眠		
食事	嚥下	嚥下・衛生			
	形態	視聴覚			
	制限				
排泄			認知症 精神状態		
入浴 皮膚					
特記事項					

- 7 診療所名、診療科、可能であれば頻度を記載
- 8 杖や歩行器の利用状況も記載する
- 9 ジェノグラムを記載する。関係の深い支援者や家族との関係性も明記する
- 10 主治医意見書のみならず、聴取している情報を要約する。可能であれば時期を明記
- 11 薬剤師の訪問、配達を受けている場合は薬局名も記載
- 12 記載する方の情報は同意を得ておくこと

行の高さ、文字のサイズは適宜調整可能ですが、受け取り手が読みやすいように配慮してください

生活歴や価値観等は「介護力を含めた家族状況・本人家族の意向」へ記載するか、特記事項へ要約してください。

不足する情報に対して独自のツールを用いることを妨げるものではありません。

裏面には情報等を記載しないようお願い致します。

この様式は、情報提供を主たる目的としており、医療関係者からの回答及び指示を得る手段としては使用できませんのでご注意ください。