

入居申込書

社会福祉法人 阿賀北総合福祉協会

申請年月日		年	月	日
申込者	住所	〒		
	(フリガナ)氏名	※(本人は不可)		
	電話番号	①	②	

受付施設

(フリガナ)入居希望者氏名	性別	男性	女性
生年月日	大正	昭和	平成
	年	月	日
			歳

現住所	〒
	TEL

介護保険	介護保険番号	保険者	阿賀野市・阿賀野市外()
	要介護度	要介護3	要介護4
	要介護5	特例入居対象者	要介護1
	要介護2	認定期間	H・R 年 月 日 ~ H・R 年 月 日
	居宅支援事業所	介護支援専門員	

申請理由	
------	--

入居希望者の意向	<input type="checkbox"/> 今すぐ入居を希望する ※下記の希望する施設にチェックしてください。 <input type="checkbox"/> 白鳥荘(ユニット型個室のみ) <input type="checkbox"/> やすだの里(多床室・個室) <input type="checkbox"/> コスモスの里(地域密着ユニット型個室・多床室・個室) <input type="checkbox"/> はぐろの里(多床室・個室)
----------	--

健康保険	<input type="checkbox"/> 健保 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 共済 <input type="checkbox"/> 組合 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 後期高齢(本人・扶養)
------	--

年金等	<input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 遺族年金 <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 恩給 <input type="checkbox"/> 共済年金 <input type="checkbox"/> 老齢基礎年金 <input type="checkbox"/> 労災年金 <input type="checkbox"/> 農業者年金 <input type="checkbox"/> その他()	老人医療受給	有・無
		障害手帳等	有・無

現況	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設に入所(施設名)() 入居日 H・R 年 月 日 ~ <input type="checkbox"/> 入院中または療養病棟()病院()病棟 入院日 H・R 年 月 日 ~
----	--

カテーテル() 経管栄養(経鼻・胃ろう) インスリン(1日 回) 酸素療法 気管切開 肝炎
 癌() 吸痰(1日 回) 人工透析 ストーマ(人工肛門) ペースメーカー その他()

病名	入通院医療機関	期	間
		年 月 日 ~	年 月 日
		年 月 日 ~	年 月 日
		年 月 日 ~	年 月 日
		年 月 日 ~	年 月 日
		年 月 日 ~	年 月 日

病名	入通院医療機関	期	間
		年 月 日 ~	年 月 日
		年 月 日 ~	年 月 日
		年 月 日 ~	年 月 日
		年 月 日 ~	年 月 日
		年 月 日 ~	年 月 日

◎主たる介護者

氏名(フリガナ)	続柄	性別	生年月日	職業(勤務先・電話番号)	携帯番号
		男・女	T・S H・R 年 月 日		

※主たる介護者の生年月日は必ずご記入ください。

家族構成(世帯分離していても同居している場合を含む)

氏名(フリガナ)	続柄	性別	生年月日	職業(勤務先・電話番号)	携帯番号
		男・女	T・S H・R 年 月 日		
		男・女	T・S H・R 年 月 日		
		男・女	T・S H・R 年 月 日		
		男・女	T・S H・R 年 月 日		
		男・女	T・S H・R 年 月 日		
		男・女	T・S H・R 年 月 日		

同居していない利用者の子(扶養義務者)

氏名(フリガナ)	続柄	性別	生年月日	住所	携帯番号
		男・女	T・S H・R 年 月 日		
		男・女	T・S H・R 年 月 日		
		男・女	T・S H・R 年 月 日		

<p>説明確認及び 情報収集にか かわる同意書</p>	<p>私は、貴施設への入居申し込みの際し、入居申し込みから入居契約までの手続き及び入居順位の決定方法について施設から説明を受けました。 なお、貴施設が入居順位決定のため必要な範囲において、私(入居希望者及び家族)に関する情報を、市町村、居宅介護支援事業者、他の介護保険施設及び医療機関から収集することに同意します。</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">入居希望者 _____ 印</p> <p style="text-align: right;">入居希望者の家族 _____ 印</p>
-------------------------------------	---

<p>問い合わせ先</p>	<p>本入居申込書に記載した内容に変更が生じた場合、あるいは他の特別養護老人ホーム等に入居した場合は、必ず下記の担当者に連絡をして下さい。</p> <p>【連絡先担当者】 阿賀野市百津88番地 社会福祉法人 阿賀北総合福祉協会 入居受付事務局(特別養護老人ホーム白鳥荘内) 担当:川上 電話番号 0250-62-9898</p>
---------------	--

入居申込書

社会福祉法人 阿賀北総合福祉協会

申請年月日	R1 年 4 月 1 日
住所	〒 9 5 9 - 2 0 3 7 阿賀野市百津88番地
申込者 (フリガナ) 氏名	ハクチョウ タロウ 希望者 ※(本人は不可) 白鳥 太郎 長男
電話番号	① 0 9 0 - 1 2 3 4 - 5 6 7 8 ② 0 2 5 0 - 6 2 - 9 8 9 8

申込者は本人以外で契約の際に直接電話連絡できる方。

(フリガナ) 入居希望者 氏名	ハクチョウ ハナコ	性別	男性 ・ 女性
白鳥 花子	生年月日	大正 昭和 平成	7 年 4 月 2 日 87 歳

現住所	〒 9 5 9 - 2 0 3 7 阿賀野市百津88番地	TEL	0 2 5 0 - 6 2 - 9 8 9 8
-----	---------------------------------	-----	-------------------------

必ず正確に記入して下さい。介護保険番号は10桁です。

介護保険	介護保険番号	0 0 0 4 1 2 3 4 5 6	保険者	阿賀野市 阿賀野市外()
	要介護度	<input checked="" type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5	特列入居対象者	<input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2
	認定期間	(H) R 30 年 1 月 1 日 ~ H (R) 1 年 12 月 31 日	居宅支援事業所	居宅介護支援事業所はぐろの里 介護支援専門員 畑江 次郎

申請理由	在宅介護が困難なため。今すぐ入居したいにチェックがない場合は、将来を考えて申し込みを行ったと判断し、順位は付きませんのでご注意ください。
------	--

入居希望者の意向	<input checked="" type="checkbox"/> 今すぐ入居を希望する ※下記の希望する施設にチェックしてください。 <input type="checkbox"/> 白鳥荘 (ユニット型個室のみ) <input checked="" type="checkbox"/> やすだの里 (多床室・個室) <input checked="" type="checkbox"/> コスモスの里 (地域密着ユニット型個室 多床室・個室) <input checked="" type="checkbox"/> はぐろの里 (多床室・個室)
----------	--

施設には複数の居室があり、利用料金にも差額があります。

健康保険	<input type="checkbox"/> 健保 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 共済 <input type="checkbox"/> 組合 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input checked="" type="checkbox"/> 後期高齢 本人	老人医療支給	有・無
年金等	<input checked="" type="checkbox"/> 国民年金 <input checked="" type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 遺族年金 <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 恩給 <input type="checkbox"/> 共済年金 <input type="checkbox"/> 高齢基礎年金 <input type="checkbox"/> 労災年金 <input type="checkbox"/> 農業者年金 <input type="checkbox"/> その他()	障害手帳等	有・無

現況	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設に入所(施設名)() 入居日 H・R 年 月 日 ~ <input type="checkbox"/> 入院中または療養病棟()病院()病棟 入院日 H・R 年 月 日 ~
----	--

□カテーテル() 経管栄養(経鼻 胃ろう) □インスリン(1日 回) □酸素療法 □気管切開 □肝炎
□癌() 吸痰(1日 3 回) □人工透析 □ストーマー(人工肛門) □ペースメーカー □その他()

現在治療中の病気

病名	入通院医療機関	期	間
高血圧	〇〇医院	H24 年 5 月 10 日 ~	年 月 日
アルツハイマー型認知症	〇〇〇病院	H31 年 1 月 11 日 ~	年 月 日
		年 月 日 ~	年 月 日
		年 月 日 ~	年 月 日
		年 月 日 ~	年 月 日

なるべく正確にご記入願います。

既往歴

病名	入通院医療機関	期	間
脳梗塞	〇〇〇病院	H5 年 3 月 2 日 ~	H5 年 4 月 6 日
		年 月 日 ~	年 月 日
		年 月 日 ~	年 月 日
		年 月 日 ~	年 月 日
		年 月 日 ~	年 月 日

◎主たる介護者

自宅に本人がいない場合は、自宅に戻った時に介護する方の名前を記入してください。

氏名(フリガナ)	続柄	性別	生年月日	職業(勤務先・電話番号)	携帯番号
ハクチョウ ○○ 白鳥 ○○	長男の妻	男・女	T [Ⓢ] H・R 20年3月20日	無職・○○-○○○○	○○○-○○○○-○○○○

※主たる介護者の生年月日は必ずご記入ください。

家族構成(世帯分離していても同居している場合を含む)

氏名(フリガナ)	続柄	性別	生年月日	職業(勤務先・電話番号)	携帯番号
ハクチョウ タロウ 白鳥 太郎	長男	男・女	T [Ⓢ] H・R 18年5月5日	無職・○○-○○○○	○○○-○○○○-○○○○
○○○	長男の妻	男・女	T [Ⓢ] H・R 20年3月20日	無職・○○-○○○○	○○○-○○○○-○○○○
○○○	孫	男・女	T [Ⓢ] H・R 45年2月2日	株○○○・○○-○○○○	○○○-○○○○-○○○○
○○○	孫の妻	男・女	T [Ⓢ] H・R 46年7月7日	○○○会社(パート)・○○-○○○○	○○○-○○○○-○○○○
○○○	ひ孫	男・女	T・S H・R 17年3月3日	中学生	
○○○	ひ孫	男・女	T・S H・R 22年1月1日	小学生	

同居していない利用者の子(扶養義務者)

氏名(フリガナ)	続柄	性別	生年月日	住所	携帯番号
アガキタ ○○コ 阿賀北 ○○子	長女	男・女	T [Ⓢ] H・R 19年8月8日	東京都○○区○○町○○番地	○○○-○○○○-○○○○
アガキタ ○○オ 阿賀野 ○○男	二男	男・女	T [Ⓢ] H・R 20年9月9日	新潟市○○区○○町○○番地	○○○-○○○○-○○○○
		男・女	T・S H・R 年 月 日		

説明確認及び 情報収集にか かわる同意書	<p>私は、貴施設への入居申し込みの際し、入居申し込みから入居契約までの手続き及び入居順位の決定方法について施設から説明を受けました。</p> <p>なお、貴施設が入居順位決定のため必要な範囲において、私(入居希望者及び家族)に関する情報を、市町村、居宅介護支援事業者、他の介護保険施設及び医療機関から収集することに同意します。</p> <p style="text-align: center;">令和 1 年 5 月 10 日</p> <p style="text-align: right;">入居希望者 <u>白鳥 花子</u> 印</p> <p style="text-align: right;">入居希望者の家族 <u>白鳥 太郎</u> 印</p>
----------------------------	--

問い合わせ先	<p>本入居申込書に記載した内容に変更が生じた場合、あるいは他の特別養護老人ホーム等に入居した場合は、必ず下記の担当者に連絡をして下さい。</p> <p>【連絡先担当者】</p> <p>阿賀野市百津88番地 社会福祉法人 阿賀北総合福祉協会 入居受付事務局(特別養護老人ホーム白鳥荘内) 担当:川上 電話番号 0250-62-9898</p>
--------	---

【介護支援専門員意見書】 阿賀野市特別養護老人ホーム共通様式

阿賀北総合福祉協会

かがやき苑

シンパシー

(申請先に)

入居希望者氏名:

1.本人の状況

要介護度	5	4	3	2~1
認知症等による不適応行動	毎日	週に1~2回以上	月に1~2回程度	なし

2.在宅サービスの利用度

在宅サービス利用限度額割合	60%以上	50%以上	30%以上	30%未満
---------------	-------	-------	-------	-------

3.主たる介護者・家族等の状況

①世帯の状況	独居世帯	高齢者のみの世帯	その他()		/	
②主たる介護者の年齢・続柄	70歳以上	60歳以上	60歳未満			
③主たる介護者の障害・疾病	介護は困難	多少は介護可	介護は可能	なし		
④主たる介護者の就労	8時間以上 就労不能	4~8時間	4時間未満	なし		
⑤主たる介護者の育児状況・家族の病気	常時育児看病	半日育児看病	随時育児看病	臨時育児看病		なし
⑥他の同居介護補助者	なし	時々あり	あり	常時あり		
⑦別居血縁者の介護協力	なし	時々あり	あり	常時あり		
⑧他の同居家族への介護状況	常時あり	あり	時々あり	なし		
⑨総合的にみた介護力	不十分	やや不十分	概ね充分	充分		

4.認知症症状

幻覚幻聴	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 時々有	<input type="checkbox"/> 無	徘徊	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 時々有	<input type="checkbox"/> 無
帰宅欲求	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 時々有	<input type="checkbox"/> 無	攻撃性	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 時々有	<input type="checkbox"/> 無
うつ	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 時々有	<input type="checkbox"/> 無	介護に対する抵抗	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 時々有	<input type="checkbox"/> 無
不眠	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 時々有	<input type="checkbox"/> 無				
異食	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 時々有	<input type="checkbox"/> 無	大声	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 時々有	<input type="checkbox"/> 無

家族状況・申込経緯・特記事項

作成日

作成者所属

担当者

印

※申請時、阿賀野市医療と介護の連携サマリーを添付

【作成上の留意事項】

1. 認知症等による不適応行動

認知症や知的障害・精神障害などにより、認定調査における行動に関連する項目において、

- ・夜間不眠や昼夜が逆転している
- ・1人で外に出たがり目が離せない
- ・火の始末や火の元の管理ができない
- ・ろう便行為等の不潔行為がある
- ・異食行為がある

に関する項目で「ある」または、「ときどきある」が1つ以上ある場合で、頻度を判断する。

2. 在宅サービスの利用度

サービス利用票別表に基づく支給限度基準額に対するサービス利用額の割合をいう。

(サービス利用単位数/区分支給限度基準額単位数×100)

算定の期間については、概ね3か月を標準とし、平均利用割合により判断する。

算定の対象となるサービスは、次の通りとする。

訪問介護、訪問入浴介護、訪問看護、訪問リハビリテーション、通所介護、通所リハビリテーション、短期入所生活介護、短期入所療養介護、小規模多機能型居宅介護、福祉用具貸与等

3. 主たる介護者・家族等の状況

① 高齢者のみの世帯＝65歳以上

③ 主たる介護者の障害・疾病

「介護は困難」…介護者が障害や疾病の為、要介護者の排泄、入浴、移動、着替え、食事等のADL全般の援助が困難な場合

「多少は介護」…介護者が障害や疾病の為、概ね2つ程度のADL援助ならばできる場合

「介護は可能」…介護者に障害や疾病はあるがADL全般の援助・介護が可能な場合

⑤ 主たる介護者の育児状況・家族の病気

「常時育児看病」…週4日以上程度

「随時育児看病」…週1～3日程度

「臨時育児看病」…上記以外

⑥ 他の同居介護補助者・⑦ 別居血縁者の介護協力

「なし」…月に1回程度協力を得られる。

「時々あり」…月に2～3回程度協力を得られる。

「あり」…週に1～2回程度協力を得られる。

「常時あり」…常時及び必要に応じ協力を得られる。

⑧ 他の同居家族への介護状況

入居希望者以外の同居家族への介護(ADL面であり、IADL面は含まない)

「常時あり」…食事、排泄、入浴等の介護を行っている。

「あり」…排泄、入浴等の介護を行っている。

「時々あり」…食事等の介護を行っている。

⑨ 総合的にみた介護状況

「不十分」… 排泄・食事・入浴等の清潔面や衛生及び健康の援助が行き届いていない。

「やや不十分」…排泄、食事等の衛生や健康の援助が行き届いていない。

「概ね十分」… 入浴等の清潔援助が行き届いていない。

「充分」… 日常生活動作全般に渡り援助が行き届いている。

※上記はあくまで家族等の介護状況を評価する者であり、ヘルパー等の援助は差し引いて判断する。

また、詳細が把握しきれない場合は、ヘルパー等より情報収集し判断する。

※他の医療機関や入所施設等に現在入院(所)している申し込み者の評価基準算定は、原則として退院(所)後に予想される状況で判断する。

阿賀野市 医療と介護の連携サマリー(入院時情報)

ふりがな			性別	生年月日	
利用者氏名			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年 月 日 (歳)	
要介護度	<input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 区分変更中(申請日 月 日) <input type="checkbox"/> 新規申請中(申請日 月 日) <input type="checkbox"/> 事業対象者 <input type="checkbox"/> 要支援 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 要介護 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 負担割合 <input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割 有効期限 年 月 日～年 月 日				
入院時情報提供欄	(添付資料 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 → 枚)		提供日 年 月 日		
情報提供事業所					
担当ケアマネジャー					
電話番号			FAX番号		
サービス状況	サービスの種類				事業所名
	<input type="checkbox"/> 訪問看護 回/週 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 <input type="checkbox"/> 日 <input type="checkbox"/> 通所介護 回/週 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 <input type="checkbox"/> 日 <input type="checkbox"/> 通所リハ 回/週 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 <input type="checkbox"/> 日 <input type="checkbox"/> ショート 回/週 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 <input type="checkbox"/> 日 <input type="checkbox"/> 訪問看護 回/週 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 <input type="checkbox"/> 日 <input type="checkbox"/> 訪問リハ 回/週 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 <input type="checkbox"/> 日 <input type="checkbox"/> 福祉用具 () <input type="checkbox"/> 障害福祉サービス () <input type="checkbox"/> その他				
服薬状況	服薬 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (内服: <input type="checkbox"/> 介助なし <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> その他 ())				
食事摂取	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り等 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助				
	嚥下状態 <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良 咀嚼状況 <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良 義歯 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 総義歯 <input type="checkbox"/> 部分)				
	食事形態 <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> ゼリー食 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 粥 <input type="checkbox"/> ご飯 <input type="checkbox"/> 麺				
	食事制限 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 制限量/日 kcal <input type="checkbox"/> 水分 ml <input type="checkbox"/> 塩分 g <input type="checkbox"/> その他) 経管栄養 <input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 腸瘻 1日 回 (栄養内容) (Fr 最終交換日 /)				
その他特記事項					
口腔清潔	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り等 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 清掃状態 <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良 使用器具等				
移乗	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り等 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助				
移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り等 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助				
	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 手引き <input type="checkbox"/> 1本杖 <input type="checkbox"/> 4点杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> シルバーカー <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> リクライニング車椅子 <input type="checkbox"/> ストレッチャー				
入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 行っていない				
	<input type="checkbox"/> 一般浴 <input type="checkbox"/> 介助浴 <input type="checkbox"/> チェアー浴 <input type="checkbox"/> 特殊浴槽 (最終入浴日 月 日) [その他特記事項]				
排泄	尿意 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 時々あり <input type="checkbox"/> あいまい <input type="checkbox"/> 無 便意 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 時々あり <input type="checkbox"/> あいまい <input type="checkbox"/> 無				
	日中 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> PTイレ <input type="checkbox"/> リハパン <input type="checkbox"/> パット <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 尿器				
	夜間 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> PTイレ <input type="checkbox"/> リハパン <input type="checkbox"/> パット <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 尿器				
	排便方法 <input type="checkbox"/> 自然 <input type="checkbox"/> 下剤 (日目に 内服) (最終排便日 月 日) <input type="checkbox"/> 浣腸 (日目に施行し、 回/週) <input type="checkbox"/> 摘便 (日目に施行し、 回/週)				
	フォーレ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (Fr・交換日) ストーマ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (種類 / 日目交換)				
	パウチ交換 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り等 <input type="checkbox"/> 全介助 メーカー等 ()				
コミュニケーション	視力 <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難 <input type="checkbox"/> 困難 () 意思疎通 <input type="checkbox"/> 問題あり <input type="checkbox"/> やや難 <input type="checkbox"/> 困難 ()				
	聴力 <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難 <input type="checkbox"/> 困難 () 言語 <input type="checkbox"/> 問題あり <input type="checkbox"/> やや難 <input type="checkbox"/> 困難 ()				
夜間の状態	<input type="checkbox"/> 良眠 <input type="checkbox"/> 不眠 眠剤 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (状態等)				
認知・精神面	認知症高齢者日常生活自立度 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M				
	精神状態(疾患) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () 認知症の原因疾患等 ()				
障害高齢者日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2				
・在宅における課題 ・本人、家族の意向等					

〈その他・連絡事項〉

阿賀野市 医療と介護の連携サマリー(退院・中間情報)

* ケアマネ記入 聞き取り日: (1 2 回目) 情報提供者:

ふりがな		性別	生年月日
利用者氏名		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年 月 日 (歳)
要介護度	<input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 区分変更中 <input type="checkbox"/> 新規申請中 <input type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/> 事業対象者 <input type="checkbox"/> 要支援 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 要介護 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	申請日 年 月 日	有効期限 年 月 日 ~ 年 月 日
入院期間	年 月 日 ~ (入院先:)		
退院後受診先	医療機関名:		

▼退院・退所情報記録欄 記入日: 記入者(所属)

疾病の状態	病名 退院時主症状 〔特記事項〕 (感染症・注意事項等)		
服薬状況	服薬 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (内服: <input type="checkbox"/> 介助なし <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> その他) 〔特記事項〕		
特別な医療	<input type="checkbox"/> 点滴の管理 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> ストーマ <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 自己注射() <input type="checkbox"/> 気管切開の処置 <input type="checkbox"/> 疼痛管理 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 褥創の処置 <input type="checkbox"/> カテーテル 〔その他特記事項〕		
食事摂取	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り等 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 嚥下状態: <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良 咀嚼状況: <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良 義歯: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 総義歯 <input type="checkbox"/> 部分) 食事形態: <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> ゼリー食 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 粥 <input type="checkbox"/> ご飯 <input type="checkbox"/> 麺 食事制限: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (制限量/日 kcal <input type="checkbox"/> 水分 ml <input type="checkbox"/> 塩分 g <input type="checkbox"/> その他) 経管栄養: <input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 腸瘻 1日 回 (栄養内容) (Fr 最終交換日 /) その他特記事項		
口腔清潔	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り等 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 清掃状態: <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良 使用器具等		
移乗	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り等 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り等 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 手引き <input type="checkbox"/> 1本杖 <input type="checkbox"/> 4点杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> シルバーカー <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> リクライニング車椅子 <input type="checkbox"/> ストレッチャー		
入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 行っていない <input type="checkbox"/> 一般浴(個別浴槽) <input type="checkbox"/> チェア浴 <input type="checkbox"/> 特殊浴槽(最終入浴日 月 日) 〔その他特記事項〕		
排泄	尿意	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 時々あり <input type="checkbox"/> あいまい <input type="checkbox"/> 無 便意: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 時々あり <input type="checkbox"/> あいまい <input type="checkbox"/> 無	
	日中	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> PTイレ <input type="checkbox"/> リハパン <input type="checkbox"/> パット <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 尿器	
	夜間	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> PTイレ <input type="checkbox"/> リハパン <input type="checkbox"/> パット <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 尿器	
	排便方法	<input type="checkbox"/> 自然 <input type="checkbox"/> 下剤 (日目に 内服) (最終排便日 月 日) <input type="checkbox"/> 浣腸 (日目に施行し、 回/週) <input type="checkbox"/> 摘便 (日目に施行し、 回/週)	
	フォーレ	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (Fr・交換日) ストーマ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (種類 / 日目交換)	
ハウチ交換	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り等 <input type="checkbox"/> 全介助 メーカー等()		
コミュニケーション	視力	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難 <input type="checkbox"/> 困難() 意思疎通: <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難 <input type="checkbox"/> 困難()	
	聴力	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難 <input type="checkbox"/> 困難() 言語: <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難 <input type="checkbox"/> 困難()	
夜間の状態	<input type="checkbox"/> 良眠 <input type="checkbox"/> 不眠 眠剤: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () 状態等:		
認知・精神面	認知症高齢者日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M	
	精神状態(疾患)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () 認知症の原因疾患等()	
障害高齢者	日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2	
リハビリ等	・リハビリテーション <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (頻度:) ・運動制限 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 〔特記事項〕		

〈その他・連絡事項〉

【入院の経過・退院後のリスク・病状の予後予測・疾病に対しての本人や家族の受け止め方や意向等】

【退院後の医学管理】

【現在治療中の疾患】

【疾患の状態】

【退院後の生活に関する意向】本人：

家族：

【病気・障害・後遺症等の受け止め方】本人：

家族：

【医療処置内容】

【看護の視点】

【リハビリの視点】

【禁忌事項】

【症状・病状の予後・予想】

【退院に対しての日常生活の阻害要因】

【退院後に整えなければならない要件】

【残された課題】

【その他】