

# 入院時情報提供シート【回復期用 記入例】

〇〇病院 〇〇様 (FAX:082-000-0000)

|  |   |   |                    |                   |      |    |     |
|--|---|---|--------------------|-------------------|------|----|-----|
| ふりがな<br>氏名   | 〇〇 △△   | 生年月日  | 大正・昭和<br>10年 1月 1日 | 年齢                | 82 歳 | 性別 | 男・女 |
| 住所   | 広島市佐伯区〇〇 △丁目××  | 電話  | 082-×××-××××       |                   |      |    |     |
| 住環境での留意事項(段差や手すりの有無など)   |   | サービス利用状況  |                    |                   |      |    |     |
| ・トイレと浴室には手すりは設置済み。玄関には30cmの段差があり、手摺りはない。室内は段差なくバリアフリー。<br>・玄関を出たら道路まで階段が15段あり、道路も坂道になっている。<br>・ベッドは特殊寝台で2モーター。廊下は車いすが十分通る幅あり。  |   | ■ 訪問介護 ( 2 回/週)   |                    | □ 訪問看護 ( 回/週)     |      |    |     |
|  |   | □ 通所介護 ( 回/週)   |                    | ■ 通所リハビリ ( 3 回/週) |      |    |     |
|  |   | □ 訪問リハ ( 回/週)   |                    | □ 短期入所 ( 回/月)     |      |    |     |
| 金銭管理の状況  |   | ■ 福祉用具 貸与 (内容: 歩行器、特殊寝台・付属品 )<br>■ 福祉用具 購入 (内容: シャワーチェア )<br>■ 住宅改修 (内容: トイレと浴室に手すり設置 )<br>■ その他 (内容: 配食サービス5回/W (夕食) ) |                    |                   |      |    |     |
| <input type="checkbox"/> 本人 <input checked="" type="checkbox"/> 家族(長男 ) <input type="checkbox"/> 成年後見人等<br><input type="checkbox"/> 日常生活自立支援事業 <input type="checkbox"/> その他( )   |   |   |                    |                   |      |    |     |
| 家族の介護力   | <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有    | 留意事項:<br>キーパーソンは長男だが、主介護者は夫。家族関係も良く、長男の妻や長女も協力的。  |                    |                   |      |    |     |
| 主介護者の理解力   | <input type="checkbox"/> 十分 <input checked="" type="checkbox"/> 不十分 | 問題点( 夫も高齢であり、最近では物忘れも進んでいる。細かな指示は難しい。 )   |                    |                   |      |    |     |
| ◆本人の入院前の生活状況・職歴・趣味嗜好・活動(身の回りの行為、家事)・参加(社会参加)<br>以前は専業主婦で責任感が強く家事などは自分の仕事としてきたが、脳梗塞をH12に発症し、要介護2になった。趣味は日本舞踊で講師もしており、日本舞踊をもう一度踊りたいと、週3回デイケアでリハビリを頑張ってきた。夫と一緒に旅行に出かけることが好きで、これからはいろいろな所に行きたいと思っている。歩行は自宅内は壁を伝い歩き、屋外は歩行器を使用していた。ふらつきもあり見守り必要。掃除は屈むことが難しく、ヘルパーに支援してもらっている。地域の行事には脳梗塞をして以来出なくなった。近所付き合いは良い関係を保っている。 |   |   |                    |                   |      |    |     |
| ◆本人が生活する上で大事にしていること・希望する生活<br>排泄の失敗はしたくないと日頃から話していた。夫にもできる限り迷惑や負担をかけたくないと話しており、自分でできることを1つでも増やしたい。その為にリハビリも頑張っていきたいと話していた。日本舞踊をもう一度踊りたい。   |   |   |                    |                   |      |    |     |
| ◆家族が生活する上で大事にしていること・希望する生活<br>長男:昔から頑張り屋、病気になっても家事も自分でやろうとしてきて頑張っていた。自分たちもできる限り協力していきたい。<br>夫 :自分が家事ができないので妻に頼りきっていた。今後は妻を手伝いながら支えていきたい。   |   |   |                    |                   |      |    |     |
| ◆介護支援専門員から気になること(家族と当事者間の関係・病院への希望、相談ごと・伝えておきたいこと等)<br>本人は頑張りすぎる性格なので、リハビリ等も無理してでも行おうとされることが考えられる。入院前は薬の飲み忘れも目立っており、服薬の調整もお願いしたい。理解力の低下も見られ、耳も聞きと取りにくく聞き間違いもあるので、ゆっくり話をさせていただく必要があると思います。退院カンファレンスを行う際には、早めに言ういただければ在宅サービス側も参加したいと考えています。  |   |   |                    |                   |      |    |     |
| ★在宅側の専門職(主治医・歯科医師・薬剤師・リハ職・サービス事業所等)からの意見・留意点<br>〇〇デイケア・〇〇口療法士より: デイケアでは、〇〇の訓練を中心に行ってきました。歩行状態は××で〇〇に注意が必要と感じます。退院時には入院中でのリハビリ内容を教えていただければと思います。<br>△△歯科(訪問歯科)・〇〇先生より: 上下とも義歯なので歯茎が痩せて合わなくなる可能性がありますので、調整や噛み合わせのこともありますので、いつでもご相談ください。  |   |   |                    |                   |      |    |     |
| ◆その他、備考<br>お話してお伝えしたいこともありますので、またご連絡をいただきますようお願い致します。  |   |   |                    |                   |      |    |     |

|      |    |     |     |
|------|----|-----|-----|
| 事業所名 | 担当 | TEL | FAX |
|------|----|-----|-----|

この情報を提供することについて、ご本人またはご家族から同意をいただいています。