

入院時情報共有シート(高齢者等施設用)

事業所名

担当者名

記載日 令和 年 月 日

氏名		年 月 日 生 歳 □男 □女			
住所		担当ケアマネジャー 事業所名			
電話番号		TEL FAX			
治療中の病気やケガ		今までにかかった大きな病気やケガ			
主治医	医療機関名： 医師名： TEL：				
[バイタル]（ 年 月 日）体温： ℃ 脈拍： 血圧： / SP02 % 体重 kg					
【今の症状がいつから、どのように始まり、どのような経過をとってきたのか詳しく教えてください。】 <u>◎お身体のどこの具合が悪いですか？（部位）</u> <u>◎どうなさいましたか？（症状）</u> <u>◎いつからですか？</u> <u>◎上記について治療や処置をしていれば教えてください。</u> <u>◎その他、最近の生活で問題となっている症状があればお書きください。</u> 					
	自立	見守り	一部介助	全介助	最近の状況、介助方法を詳しく記入して下さい
内服	☐	☐	☐	☐	お薬の管理□本人 □介護者 お薬のアレルギー□不明 □無 □有：
食事	☐	☐	☐	☐	嚥下状態□良 □不良 トロミ□有 □無 食べ物アレルギー□不明 □無 □有： 食事形態：
排泄	☐	☐	☐	☐	便意□有 □無 回数 回/ 日 最終排便（ ） 排便コントロール： 尿意□有 □無 回数 回/日 夜間 回 □オムツ使用中（オムツの種類 ）
移動	☐	☐	☐	☐	□手引き □杖 □車椅子 □シルバーカー □歩行器
入浴	☐	☐	☐	☐	□可 □不可 □シャワー □清拭 最終日（ ）
口腔ケア	☐	☐	☐	☐	残歯□有 □無 義歯□無 □有【総義歯□上 □下）部分義歯（□上 □下）】
視力	□普通 □低下 □全盲 □眼鏡（□有 □無）				
聴力	□普通 □やや難聴 □難聴 □筆談 □補聴器（□右 □左）				
認知症状等	【認知症 □有 □無】 □昼夜逆転 □大声 □徘徊 □介護抵抗 □攻撃性 □焦燥・不穏 □幻視・幻聴 意思の疎通：				

※ADL 等に関しては別書式を添付いただけましたらご記入不要です。

入院時情報共有シート（高齢者等施設用）

記入例

事業所名おんがなかま苑

担当者名岡垣 慎太郎

記載日令和 6 年 8 月 9 日

氏 名	遠賀 太郎	昭和 12 年 7 月 6 日 生 87 歳				☒ 男	☐ 女
住 所	〒809-000 福岡県〇〇市△△町☆丁目 1234				担当ケアマネジャー 日本 花子		
電話番号	000-111-2222				事業所名 ジャパンケアプランセンター TEL 123-456-7891 FAX 123-456-7892		
治療中の病気やケガ	近医にて高血圧内服フォロー。 令和元年 1 月、胸苦あり狭心症の診断現在も外来通院中		今までにかかった大きな病気やケガ		高血圧 狭心症 アルツハイマー認知症		
主治医	医療機関名： 健康クリニック 医師名： 健康 史郎 TEL：555-114-8080						
[バイタル]（令和 6 年 8 月 8 日）体温： 36.9 ℃脈拍： 89 血圧： 152 / 88 SP02 98% 体重 77kg							
【今の症状がいつから、どのように始まり、どのような経過をとってきたのか詳しく教えてください。】 ◎お身体のどこの具合が悪いですか？（部位） 左足太ももが痛い ◎どうなさいましたか？（症状） 転倒して立てない ◎いつからですか？ 昨夜 ◎上記について治療や処置をしていれば教えてください。 左太ももに湿布を貼っている ◎その他、最近の生活で問題となっている症状があればお書きください。 ごはんを食べるときにむせ込む							
	自立	見守り	一部介助	全介助	最近の状況、介助方法を詳しく記入して下さい		
内服	☐	☐	☐	☒	お薬の管理 ☐ 本人 ☒ 介護者 お薬のアレルギー ☒ 不明 ☐ 無 ☐ 有： お薬手帳参照		
食事	☐	☒	☐	☐	嚥下状態 ☐ 良 ☒ 不良 トロミ ☒ 有 ☐ 無 食べ物アレルギー ☒ 不明 ☐ 無 ☐ 有： 食事形態：お粥、副菜刻みトロミ付き		
排泄	☐	☐	☒	☐	便意 ☒ 有 ☐ 無 回数 1 回/ 2 日 最終排便（ 8/7 ） 排便コントロール：-3 目でテレミンソフト座薬使用 尿意 ☒ 有 ☐ 無 回数 6 回/日 夜間 1 回 ☒ オムツ使用中（オムツの種類 紙パンツとパッド ）		
移動	☐	☒	☐	☐	☐ 手引き ☐ 杖 ☐ 車椅子 ☒ シルバーカー ☐ 歩行器 細かなところは介助が必要、長歩きが出来ず車いすを使用する。		
入浴	☐	☐	☒	☐	☒ 可 ☐ 不可 ☐ シャワー ☐ 清拭 最終日（ 8/7 ）石鹸を付けたタオルを手渡せば自分で洗身するが、忘れて同じことを繰り返すので声掛けが必要。		
口腔ケア	☐	☐	☒	☐	残歯 ☐ 有 ☐ 無 義歯 ☐ 無 ☐ 有【総義歯 ☐ 上 ☐ 下）部分義歯（ ☒ 上 ☒ 下） 飲み込んでむせるため声掛けが必要。自分で取り外してポケットにしまうため要確認。		
視力	☐ 普通 ☒ 低下 ☐ 全盲 ☐ 眼鏡（ ☐ 有 ☐ 無）日常生活には支障はない						
聴力	☐ 普通 ☒ やや難聴 ☐ 難聴 ☐ 筆談 ☐ 補聴器（ ☐ 右 ☐ 左） ゆっくり大きな声で言えば聞こえる						
認知症状等	【認知症 ☒ 有 ☐ 無】 ☐ 昼夜逆転 ☐ 大声 ☐ 徘徊 ☐ 介護抵抗 ☐ 攻撃性 ☐ 焦燥・不穏 ☐ 幻視・幻聴 意思の疎通： なんでも「はい」と返事するがわかっていないことが多い。意思疎通は曖昧である						

※ADL 等に関しては別書式を添付いただけましたらご記入不要です。

【全体的確認事項】

- 記入例を参考に利用者情報の入力をお願いいたします。
- Word をダウンロードして入力又は PDF を印刷して手書きで記入できます。
- ホームページ上のシート内の定型文・書式・吹き出しの説明に関しては変更や上書きをしないようお願いいたします。
- ホームページ上からシートへ入力しても、ホームページ上にはデータは残りません（Word をダウンロードしたうえで保存をお願いいたします）。
- 各スペースに直接文字入力される場合は、文字数に合わせフォントサイズの調整ができますので状況に応じて対応できます。
- セル内で入力する場合 enter キーを押せば改行できます。
- 項目ごとにチェックできるように設定していますのでご活用ください。（※チェック欄は現状のサイズで最大となっています。）