記入日：　　年　月　日
入院日：　　年　月　日
情報提供日：　　年　月　日

入院時情報提供書＜在宅版＞

医療機関名： ご担当者名：	⬅	事　業　所　名： ケアマネジャー氏名： TEL：　　FAX：

利用者(患者)／家族の同意に基づき、＿＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿＿日時点の在宅生活における利用者情報（身体・生活機能など）を送付します。是非ご活用下さい。

1．利用者(患者)基本情報について

氏名	(ﾌﾘｶﾞﾅ)	生年月日	西暦　　年　　月　　日生
入院時の要介護度	□ 要支援（　　）　□要介護（　　）　有効期間：　年　月　日　～　年　月　日 □ 申請中(申請日　　／　　)　□区分変更（申請日　　／　　）　□ 未申請		
障害高齢者の 日常生活自立度	□自立 □J1 □J2 □A1 □A2 □B1 □B2 □C1 □C2	認知症高齢者の 日常生活自立度	□自立 □Ⅰ □Ⅱa □Ⅱb □Ⅲa □Ⅲb □Ⅳ □M
介護保険の自己負担割合	□＿＿＿割　□ 不明	障害手帳の有無	□ なし　□ あり（ 身体・精神・知的 ）
年金などの種類	□ 国民年金　□ 厚生年金　□ 障害年金　□ 生活保護　□ その他（　　）		

2．家族構成／連絡先について

世帯構成	□独居　□高齢者世帯　□子と同居　□日中独居　□その他（　　）		
主介護者氏名	（続柄　・　才）（同居・ 別居）	電話番号	
意思決定支援者（代諾者）	（続柄　・　才）（同居・ 別居）	電話番号	

3．意思疎通について

視力	□問題なし　□やや難あり　□困難	意思疎通	□会話に支障がない □複雑な会話はできないが、普通に会話はできる □普通に会話はできないが、具体的な欲求を伝えることはできる □会話が成り立たないが、発語はある □発語がなく、無言である
聴力	□問題なし　□やや難あり　□困難		
眼鏡	□なし　□あり		
補聴器	□なし　□あり		

4．口腔･栄養について

摂食方法	□経口　□経管栄養　□静脈栄養	食物アレルギー	□なし　□あり（　　）
摂食嚥下機能障害	□なし　□あり	水分（とろみ）	□なし　□あり（ □薄い ・ □中間 ・ □濃い ）
食形態（主食）	□米飯 □軟飯 □全粥 □その他（　　）	食形態（副食）	□普通　□軟菜　□その他（　　）
義歯使用	□なし　□あり （ □部分 ・ □総 ）	左右両方の奥歯で しっかりかみしめられる	□できる　□できない
歯の汚れ	□なし　□あり	歯肉の腫れ、出血	□なし　□あり（　　）
特記事項			

5．お薬について　※必要に応じて、「お薬手帳（コピー）」を添付

内服薬	□ なし　□ あり	居宅療養管理指導	□ なし　□ あり（職種：　　）
薬剤管理	□ 自己管理　□ 他者による管理（管理者：　　管理方法：　　）		
服薬介助	□ 自立　□ 一部介助（介助内容：　　）　□ 全介助		
服薬状況	□ 処方通り服用　□ 時々飲み忘れ　□飲み忘れが多い、処方が守られていない　□服薬拒否		
薬剤アレルギー	□なし　□あり（　　）	特記事項	□なし　□あり（　　）

6．かかりつけ医について

かかりつけ医療機関１		かかりつけ医療機関２	
医師名		医師名	
かかりつけ医療機関３		かかりつけ歯科医療機関	
医師名		歯科医師名	
かかりつけ薬局		訪問看護ステーション	

7．人生の最終段階における医療･ケアに関する情報

※本人の意思は変わりうるものであり、本記載が最新の意向を反映しているとは限らないため、常に最新の意向の確認が必要であることについて十分に留意すること

意向の話し合い	□本人・家族等との話し合いを実施している（最終実施日：　年　月　日） □話し合いを実施していない　（ □本人からの話し合いの希望がない　□それ以外 ）

※本人・家族等との話し合いを実施している場合のみ記載

本人・家族の意向	□下記をご参照ください　□別紙参照（ 書類名：　　）
話し合いへの参加者	□本人　□家族（氏名：　　続柄：　　）（氏名：　　続柄：　　） □医療・ケアチーム　□その他（　　）
医療・ケアに関して本人または本人・家族等と医療・ケアチームで話し合った内容※	
その他	上記の他、人生の最終段階における医療・ケアに関する情報で医療機関と共有したい内容

8．入院前の身体・生活機能の状況／療養生活上の課題について

麻痺の状況	□右上肢	□左上肢	□右下肢	□左下肢	褥瘡等の有無	□なし □あり（部位・深度・大きさ等　　）			
褥瘡等への対応	□エアーマット	□クッション	□体位変換（　時間毎）	□その他（　　）	□なし				
移乗	□自立	□見守り	□一部介助	□全介助	移動	□自立	□見守り	□一部介助	□全介助
移動（屋外）	□杖	□歩行器	□車椅子	□その他	移動（屋内）	□杖	□歩行器	□車椅子	□その他
食事	□自立	□見守り	□一部介助	□全介助	排泄	□自立	□見守り	□一部介助	□全介助

入院前のADL/IADL	同封の書類をご確認ください。　□ アセスメントシート（フェイスシート）　□その他（　　）
ADL・IADLに関する直近2週間以内の変化	□なし □あり （　　）
認知機能の状況	みまもりの必要性：日常生活で安全に過ごすためにどの程度ほかの人によるみまもりが必要か □見守ってもらうことなく過ごすことができる　□1日1回様子を確認してもらえれば一人で過ごすことができる □半日程度であれば見守ってもらうことなく一人で過ごすことができる　□30分程度ならみまもってもらうことなく一人で過ごすことができる □常にみまもりが必要である
	見当識：現在の日付や場所等についてどの程度認識できるか □年月日はわかる　□年月日はわからないが、現在いる場所の種類はわかる □場所の名称や種類はわからないが、その場にいる人が誰だかわかる　□その場にいる人が誰だかわからないが、自分の名前はわかる □自分の名前がわからない
	近時記憶：身近なものを置いた場所を覚えているか □常に覚えている　□たまに（週1回程度）忘れることがあるが、考えることで思い出せる □思い出せないこともあるが、きっかけがあれば自分で思い出すこともある　□きっかけがあっても、自分では置いた場所をほとんど思い出せない □忘れたこと自体を認識していない
	遂行能力：テレビ、エアコン、電動ベッド等の電化製品を操作できるか □自由に操作できる　□チャンネルの順送りなど普段している操作はできる □操作間違いが多いが、操作方法を教えてもらえれば使える　□リモコンを認識しているが、リモコンの使い方が全くわからない □リモコンが何をするものかわからない
過去半年間における入院	□なし　□不明 □あり（頻度：□0回 □1回 □2回以上）（直近の入院理由：　　期間：令和　年　月　日 ～ 令和　年　月　日）

9．入院前の生活における介護/医療の状況、本人の関心等

介護/医療の状況・本人の関心等	介護・医療サービスの利用状況、生活歴や趣味・嗜好等 同封の書類をご確認ください。　□ 居宅サービス計画(1)～(3)　□ アセスメントシート（フェイスシート）　□その他（　　） ペット飼育の有無：□あり □なし 特記事項：

１０．今後の在宅生活の展望について（ケアマネジャーとしての意見）

住環境 ※可能ならば「写真」などを添付	住居の種類（ 戸建て ・ 集合住宅 ）　＿＿＿階建て.　居室＿＿＿階.　エレベーター（ □あり □なし ） 特記事項：
在宅生活に必要な要件	
世帯に対する配慮	□ 不要　□必要（　　）
退院後の支援者	□ 家族の支援が見込める（ □十分 ・ □一部 ）　□ 家族以外の支援が見込める（ □十分 ・ □一部 ） □ 支援は見込めない　□ 家族や家族以外の支援者はいない
退院後の主介護者	□ 本シート２に同じ　□ 左記以外（氏名：　続柄：　年齢：　　）
家族や同居者等による虐待の疑い	□なし □あり（　　）
特記事項	

１１．カンファレンス等について（ケアマネジャーからの希望）

「退院前カンファレンス」への参加	□ 希望あり 具体的な要望（　　）
「退院前訪問指導」を実施する場合の同行	□ 希望あり 具体的な要望（　　）

モニタリングに係る情報連携シート

1．基本情報

↓白色のセルは居宅介護支援事業所が記入ください。↓オレンジ色のセルはサービス事業所が記入ください。

	居宅介護支援事業所	サービス事業所
フリガナ 利用者名		←利用者名を別途共有できる場合、利用者名は記入不要
事業所名		
記載者名		
記載者役職	介護支援専門員	
記載日		

2．ケアの実施状況・目標の達成状況　（本項目はサービス事業所が記入ください）

ケアの実施状況（具体の内容、ケアプラン通りに実施されているか、サービスの内容が適切か等）			
目標1	目標の内容		
	目標達成状況と状況 （該当する項目に〇の上、自由記述）	達成 一部達成 未達成	
	ケアの評価と根拠 （該当する項目に〇の上、自由記述）	継続 見直し 中止	
目標2	目標の内容		
	目標達成状況と状況 （該当する項目に〇の上、自由記述）	達成 一部達成 未達成	
	ケアの評価と根拠 （該当する項目に〇の上、自由記述）	継続 見直し 中止	
特記事項			

3．ケアマネジャーとサービス事業所の情報連携

サービス事業所に確認してほしい項目（該当する項目をすべてチェック）

□利用しているサービス事業所の状況（満足度等）　□利用者の変化　□利用者・家族の要望　□家族の状況変化
□サービスの適正度　□新しい生活課題　□居宅サービス計画・個別援助計画変更の必要性　□健康状態
□ＡＤＬ　□ＩＡＤＬ　□認知機能や判断能力　□コミュニケーションにおける理解と表出の状況
□生活リズム　□排泄の状況　□清潔の保持に関する状況　□口腔内の状況　□食事摂取の状況
□ 社会との関わり　□家族等の状況　□居住環境　□その他留意すべき事項・状況

情報収集の観点（介護支援専門員が記載）	確認した事項（※介護支援専門員から依頼があった項目の他、変化や課題があった項目にはコメント記入ください） （該当する方に〇） 変化	課題	具体的な内容
	あり / なし	あり / なし	
	あり / なし	あり / なし	
	あり / なし	あり / なし	
	あり / なし	あり / なし	
	あり / なし	あり / なし	
	あり / なし	あり / なし	
	あり / なし	あり / なし	
	あり / なし	あり / なし	
	あり / なし	あり / なし	
	あり / なし	あり / なし	
	あり / なし	あり / なし	
	あり / なし	あり / なし	

特に確認したい事項・情報共有事項、総括

参考：課題分析標準項目について

「サービス事業所に確認してほしい項目」のうち、「ク　健康状態」～「ナ　その他留意すべき事項・状況」については、令和5年10月16日に発出された『「介護サービス計画書の様式及び課題分析標準項目の提示について」の一部改正について』（厚生労働省、老 認 発 1016 第 1 号）のうち、記載に対応しております。
以下、『「介護サービス計画書の様式及び課題分析標準項目の提示について」の一部改正について』の一部抜粋

課題分析（アセスメント）に関する項目

NO	標準項目名	項目の主な内容（例）
10	健康状態	利用者の健康状態及び心身の状況（身長、体重、BMI、血圧、既往歴、主傷病、症状、痛みの有無、褥そうの有無等）、受診に関する状況（かかりつけ医・かかりつけ歯科医の有無、その他の受診先、受診頻度、受診方法、受診時の同行者の有無等）、服薬に関する状況（かかりつけ薬局・かかりつけ薬剤師の有無、処方薬の有無、服薬している薬の種類、服薬の実施状況等）、自身の健康に対する理解や意識の状況について記載する項目
11	ADL	ADL（寝返り、起きあがり、座位保持、立位保持、立ち上がり、移乗、移動方法（杖や車椅子の利用有無等を含む）、歩行、階段昇降、食事、整容、更衣、入浴、トイレ動作等）に関する項目
12	IADL	IADL（調理、掃除、洗濯、買物、服薬管理、金銭管理、電話、交通機関の利用、車の運転等）に関する項目
13	認知機能や判断能力	日常の意思決定を行うための認知機能の程度、判断能力の状況、認知症と診断されている場合の中核症状及び行動・心理症状の状況（症状が見られる頻度や状況、背景になりうる要因等）に関する項目
14	コミュニケーションにおける理解と表出の状況	コミュニケーションの理解の状況、コミュニケーションの表出の状況（視覚、聴覚等の能力、言語・非言語における意思疎通）、コミュニケーション機器・方法等（対面以外のコミュニケーションツール（電話、PC、スマートフォン）も含む）に関する項目
15	生活リズム	１日及び１週間の生活リズム・過ごし方、日常的な活動の程度（活動の内容・時間、活動量等）、休息・睡眠の状況（リズム、睡眠の状況（中途覚醒、昼夜逆転等）等）に関する項目
16	排泄の状況	排泄の場所・方法、尿・便意の有無、失禁の状況等、後始末の状況等、排泄リズム（日中・夜間の頻度、タイミング等）、排泄内容（便秘や下痢の有無等）に関する項目
17	清潔の保持に関する状況	入浴や整容の状況、皮膚や爪の状況（皮膚や爪の清潔状況、皮膚や爪の異常の有無等）、寝具や衣類の状況（汚れの有無、交換頻度等）に関する項目
18	口腔内の状況	歯の状態（歯の本数、欠損している歯の有無等）、義歯の状況（義歯の有無、汚れ・破損の有無等）、かみ合わせの状態、口腔内の状態（歯の汚れ、舌苔・口臭の有無、口腔乾燥の程度、腫れ・出血の有無等）、口腔ケアの状況に関する項目
19	食事摂取の状況	食事摂取の状況（食形態、食事回数、食事の内容、食事量、栄養状態、水分量、食事の準備をする人等）、摂食嚥下機能の状態、必要な食事の量（栄養、水分量等）、食事制限の有無に関する項目
20	社会との関わり	家族等との関わり（家庭内での役割、家族等との関わりの状況（同居でない家族等との関わりを含む）等）、地域との関わり（参加意欲、現在の役割、参加している活動の内容等）、仕事との関わりに関する項目
21	家族等の状況	本人の日常生活あるいは意思決定に関わる家族等の状況（本人との関係、居住状況、年代、仕事の有無、情報共有方法等）、家族等による支援への参加状況（参加意思、現在の負担感、支援への参加による生活の課題等）、家族等について特に配慮すべき事項に関する項目
22	居住環境	日常生活を行う環境（浴室、トイレ、食事をとる場所、生活動線等）、居住環境においてリスクになりうる状況（危険個所の有無、整理や清掃の状況、室温の保持、こうした環境を維持するための機器等）、自宅周辺の環境やその利便性等について記載する項目
23	その他留意すべき事項・状況	利用者に関連して、特に留意すべき状況（虐待、経済的困窮、身寄りのない方、外国人の方、医療依存度が高い状況、看取り等）、その他生活に何らかの影響を及ぼす事項に関する項目