

## 個人情報使用同意書

私及びその家族の個人情報については、次の記載するところにより必要最小限の範囲内で使用することに同意します。

### 記

#### 1. 使用する目的

事業者が、介護保険法及び関連の法令に従い、私が円滑に介護サービスを受けることができるようにサービス担当者会議、介護支援専門員とサービス提供事業者との連絡調整等において必要な場合。

また、在宅の介護サービス調整のために、必要な医療情報を医療機関、入所施設及び行政機関等から取得及び提供する必要がある場合。

#### 2. 使用に当たっての条件

- ① 個人情報の提供は、1に記載する目的の範囲内で必要最低限に留め、情報提供の際には関係者以外には決して漏れることのないように細心の注意を払うこと。
- ② 事業者は、個人情報を使用した会議、相手方、内容等について記録しておくこと。

#### 3. 個人情報の内容

- ・ 氏名、住所、健康状態、家族状況その他一切の利用者や家族個人に関する情報
- ・ 認定調査票（概況調査・基本調査・特記事項）、主治医意見書、介護認定審査会における判定結果の意見（認定結果通知書）
- ・ 在宅で療養するあるいは在宅で療養する予定がある場合に、在宅医療・介護サービスを提供する事業所として、生命や身体の安全や健康維持のために知っておくべき医療情報
- ・ その他の情報

#### 4. 使用する期間 契約日～契約満了日

平成 年 月 日  
 ○○○○事業者 ●●● 様

利用者 住 所 \_\_\_\_\_  
 氏 名 \_\_\_\_\_ 印  
 代筆者 氏 名 \_\_\_\_\_ 印  
 家族の代表 住 所 \_\_\_\_\_  
 氏 名 \_\_\_\_\_ 印



病院

( 科 )

御中

(ご自宅・施設)での状況について (情報提供書)

平素より大変お世話になり有り難うございます。

このたび入院された ○○○○○○ 様 (\*\*年\*\*月\*\*日生) につきまして、(ご自宅・施設)

のご様子をお知らせいたします。

平成\*\*年\*\*月\*\*日

現在(入院前)の住所	○○市○○町 *入院前に生活の拠点としていた場所(居宅や施設)の住所を記載	
現在の介護度	要介護 1・2・3・4・5	要支援 1・2
	(認定期間) 年 月 日～	年 月 日
介護サービスの利用状況	① ②	③ *週間サービス計画表の添付 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
身体状況	(身長) cm (体重) kg	
家族の状況	家族構成(ジェノグラム) *同居家族は○で囲む ○:女性 □:男性	(キーパーソン)  (家族の介護力・理解力)
家屋の状況	(所有状況) <input type="checkbox"/> 持ち家 <input type="checkbox"/> 借家 (住宅環境) <input type="checkbox"/> 一戸建て <input type="checkbox"/> 集合住宅( 階)(エレベーター) <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (段差) <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 / (寝具) <input type="checkbox"/> 布団 <input type="checkbox"/> ベッド / (トイレ) <input type="checkbox"/> 洋式 <input type="checkbox"/> 和式	
主な収入源	<input type="checkbox"/> 生保 <input type="checkbox"/> 年金 <input type="checkbox"/> その他( )	
在宅療養(入所)生活に対する本人の思いや考え(家族も含む)	(本人の思いや考え)  (家族の思いや考え)	
在宅療養(施設入所)している中での生活上の問題		
今後の療養の方向性を検討するカンファレンスの参加の希望	(カンファレンスの参加の希望) <input type="checkbox"/> あり (時 期) (理 由)	
通院状況及び手段	(通院状況) <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 付き添いあり(付き添い者: ) (主な通院手段) <input type="checkbox"/> 自家用車 <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> タクシー <input type="checkbox"/> JR <input type="checkbox"/> 移送サービス等 <input type="checkbox"/> その他( ) (自宅から病院までの所要時間) ( )時間( )分	

歩行 (杖や歩行器、車イス等の使用状況)	(屋外歩行) <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助があればしている <input type="checkbox"/> していない (車イス) <input type="checkbox"/> 使っていない <input type="checkbox"/> 主に自分で操作 <input type="checkbox"/> 主に介助者が操作 (杖・装具) <input type="checkbox"/> 使っていない <input type="checkbox"/> 屋外で使用 <input type="checkbox"/> 屋内で使用 (具体的な介護の手間と頻度)
食事摂取 (はし・スプーンの使用、嚥下状態、食事介助等)	(食事行為) <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 (栄養状態) <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良 (具体的な介護の手間と頻度)
排泄 (排尿・排便、オムツ使用など)	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> オムツ使用 (具体的な介護の手間と頻度)
入浴 (入浴場所、介助内容等)	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 (具体的な介護の手間と頻度)
更衣 (服の選択、介助内容等)	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 (具体的な介護の手間と頻度)
服薬 (薬の管理、服薬状況等)	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 (具体的な介護の手間と頻度)
金銭管理	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 (具体的な介護の手間と頻度)
認知機能 (認知症、BPSD、その他の精神・神経症状等)	(短期記憶) <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり (意志決定) <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> いくらか困難 <input type="checkbox"/> 見守りが必要 <input type="checkbox"/> 判断できない (意思伝達) <input type="checkbox"/> 伝えられる <input type="checkbox"/> いくらか困難 <input type="checkbox"/> かなり困難 <input type="checkbox"/> 伝えられない (周辺症状) <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴行 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食行動 <input type="checkbox"/> 性的問題行動 <input type="checkbox"/> その他 ( ) (具体的な介護の手間と頻度)
日常生活自立度	(障害高齢者の日常生活自立度) <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J 1 <input type="checkbox"/> J 2 <input type="checkbox"/> A 1 <input type="checkbox"/> A 2 <input type="checkbox"/> B 1 <input type="checkbox"/> B 2 <input type="checkbox"/> C 1 <input type="checkbox"/> C 2 (認知症高齢者の日常生活自立度) <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II a <input type="checkbox"/> II b <input type="checkbox"/> III a <input type="checkbox"/> III b <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M
特記事項	

(入院時医療連携参考様式)

週間サービス計画表

作成年月日 年 月 日

利用者名 \_\_\_\_\_ 殿

		月	火	水	木	金	土	日	主な日常生活上の活動
深夜	4:00								
早朝	6:00								
	8:00								
午前	10:00								
	12:00								
午後	14:00								
	16:00								
	18:00								
夜間	20:00								
	22:00								
	0:00								
深夜	2:00								
	4:00								

年 月分より

週単位以外のサービス



# 退院・退所情報記録書

様式4

情報収集先の医療機関・施設名	
電話番号	
面談日 平成 年 月 日	面談日 平成 年 月 日
所属（職種）	所属（職種）

ふりがな 利用者氏名 (男・女)	
生年月日 (明・大・昭) 年 月 日 ( 歳)	
入院期間 入院日 年 月 日 ~ 退院 (予定) 日 年 月 日	
・手術 有 (手術名 )・無	
要介護度	未申請・区分変更中・新規申請中・非該当 要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5 認定日 年 月 日 有効期間 年 月 日 ~ 年 月 日

	入院・入所中の状況	(特記事項)
疾病の状態	主病名 副病名 主症状 既往歴 服薬状況 無・有 (内服：介助されていない・一部介助・全介助)	(感染症、投薬の注意事項(薬剤名、薬剤の剤形、投与経路等)等)
特別な医療	点滴の管理 中心静脈栄養 透析 ストーマ(人工肛門)の処置 酸素療法 気管切開の処置 疼痛管理 経管栄養 褥瘡の処置 カテーテル 喀痰吸引 その他 ( )	(導入予定の医療系サービス等)
食事摂取	介助されていない・見守り等・一部介助・全介助 嚥下状況(良・不良) 咀嚼状況(良・不良) (ペースト・刻み・ソフト食・普通/経管栄養) ・制限 無・有(塩分・水分・その他( ))	(制限の内容等)
口腔清潔	介助されていない・一部介助・全介助	
移動	介助されていない・見守り等・一部介助・全介助 (見守り・手引き・杖・歩行器・ シルバーカー・車椅子・ストレッチャー)	(独自の方法・転倒危険・住宅改修の必要性等)
洗身	介助されていない・一部介助・全介助・不可・ 行っていない ・入浴の制限 無・有(シャワー・清拭・その他)	
排泄	介助されていない・見守り等・一部介助・全介助 オムツ・リハビリパンツ(常時・夜間のみ)	(留置カテーテル等)
夜間の状態	良眠・不眠(状態： )	
認知・精神面	・認知症高齢者の日常生活自立度( ) ・精神状態(疾患) 無・有( )	(認知症の原因疾患等)
リハビリ等	・リハビリテーション 無・有(頻度： ) ・運動制限 無・有	(リハビリ・運動制限の内容、導入予定のサービス等)
療養上の留意する事項		

※診療報酬の退院時共同指導料二の注三の対象となる会議(カンファレンス)に参加した場合は、本様式ではなく、当該会議(カンファレンス)の日時、開催場所、出席者、内容の要点等について居宅サービス計画等に記録すること。





# 今後の生活の相談窓口について

お住まいの市町村では、退院後の介護、健康、生活に関する相談を受けつけています。まずは、ご本人若しくは家族の方がお住まいの相談窓口(チェック欄を確認)へこの用紙を持参のうえ相談してください。

地域包括支援センターは、高齢者やそのご家族からの不安や心配ごとを相談できる身近な窓口です。

内容に応じて、総合的に高齢者の生活を支援するため、「退院後の生活に不安がある」「このまま暮らしていくのが難しい」など、相談の内容からご本人、ご家族の希望を聞いて、保健や福祉の専門職と一緒に考えます。

また、認知症に関する相談等も行っていますので、心配なことはぜひご相談ください。

あなたのお住まいの地域の担当窓口は・・・



帯広市(患者さんのお住まいの地区に を入れてください)

## 地域包括支援センター

帯広市は8つの地域に区切って地域包括支援センターが設置されています。お住まいの地域を担当する地域包括支援センターをご確認ください。

あいじえん 愛仁園  
広陽・若葉 地域担当  
電話 49-2338  
住所 帯広市西16条南28丁目2番地1

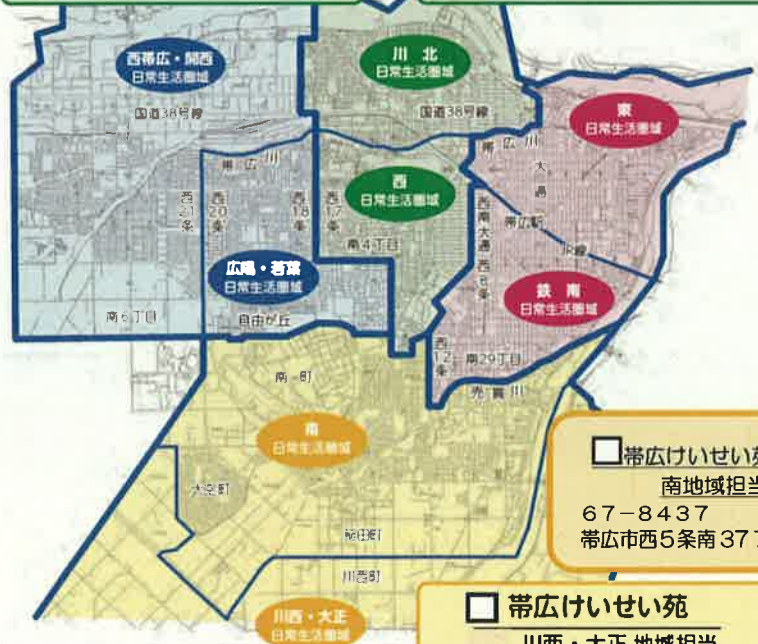
愛仁園(西)  
西帯広・開西 地域担当  
電話 61-1616  
住所 帯広市西24条南1丁目33番地17

帯広至心寮  
鉄南 地域担当  
電話 24-1150  
住所 帯広市西5条南30丁目19番地

帯広至心寮(東)  
東 地域担当  
電話 66-4613  
住所 帯広市東13条南6丁目1番地23

帯広市社会福祉協議会(北)  
川北 地域担当  
電話 66-4535  
住所 帯広市西14条北1丁目1番地18

帯広市社会福祉協議会  
西 地域担当  
電話 21-3292  
住所 帯広市公園東町3丁目9番地1



帯広けいせい苑(南)  
南地域担当  
67-8437  
帯広市西5条南37丁目1-7

帯広けいせい苑  
川西・大正 地域担当  
電話 53-4771  
住所 帯広市川西町西1線47番地3

※担当の地域包括支援センターがわからないなどご不明な点がございましたら、下記にお問い合わせください。

帯広市役所 高齢者福祉課 ☎(0155)65-4145

町村部（患者さんのお住まいの町村に  を入れてください）

チェック欄	お住まいの町村	担当窓口	電話	住所
<input type="checkbox"/>	音更町	音更町 地域包括支援センター	0155-32-4567	音更町新通8丁目5番地
<input type="checkbox"/>	士幌町	士幌町 地域包括支援センター	01564-5-2188	士幌町字士幌西2線167 (総合福祉センター内)
<input type="checkbox"/>	上士幌町	上士幌町 地域包括支援センター	01564-2-5555	上士幌町字上士幌東3線236 (ふれあいプラザ内)
<input type="checkbox"/>	鹿追町	鹿追町 地域包括支援センター	0156-66-1311	鹿追町東町4丁目2番地1 (トリムセンター内)
<input type="checkbox"/>	新得町	新得町 地域包括支援センター	0156-64-0533	新得町3条南3丁目5 (なごみ内)
<input type="checkbox"/>	清水町	清水町 地域包括支援センター	0156-69-2233	清水町南3条2丁目1番地1 (保健福祉センター内)
<input type="checkbox"/>	芽室町	芽室町 地域包括支援センター	0155-62-9724	芽室町東4条4丁目5-5 (あいあい内)
<input type="checkbox"/>	中札内村	中札内村 地域包括支援センター	0155-67-2321	中札内村西2条南2丁目2 (保健センター内)
<input type="checkbox"/>	更別村	更別村 地域包括支援センター	0155-53-3000	更別村字更別190番地1 (福祉の里総合センター)
<input type="checkbox"/>	大樹町	大樹町 地域包括支援センター	01558-6-2200	大樹町暁町8番地1 (らいふ内)
<input type="checkbox"/>	広尾町	広尾町 地域包括支援センター	01558-2-3370	広尾町西4条7丁目1番地1 (広尾町役場内)
<input type="checkbox"/>	幕別町	幕別町 地域包括支援センター	①【幕別・札内】 0155-54-3812 ②【忠類】 01558-8-2910	①幕別町本町130番地1 (幕別町役場内) ②幕別町忠類白銀町384番地10 (ふれあいセンター福寿内)
<input type="checkbox"/>	池田町	池田町 地域包括支援センター	015-572-2100	池田町字西3条5丁目2 (保健センター内)
<input type="checkbox"/>	豊頃町	豊頃町 地域包括支援センター	015-574-2214	豊頃町茂岩本町125番地 (豊頃町役場内)
<input type="checkbox"/>	本別町	本別町 地域包括支援センター	0156-22-9222	本別町西美里別6-15 (総合ケアセンター内)
<input type="checkbox"/>	足寄町	足寄町 地域包括支援センター	0156-25-9200	足寄町北1条4丁目48-1 (足寄町役場内)
<input type="checkbox"/>	陸別町	陸別町 地域包括支援センター	0156-27-8001	陸別町字陸別東2条3丁目2 (保健福祉センター内)
<input type="checkbox"/>	浦幌町	浦幌町 地域包括支援センター	015-576-5111	浦幌町字北町8番地の1 (保健福祉センター内)

医療機関の記載欄

平成 年 月 日

病院名：

病棟名・所属：

電話番号：

担当者：

●医療機関で心配している事

(医療機関で相談を勧めた理由について口にチェックしてください)

- 退院後（今後の生活）に何らかの介護等が必要となる可能性があるため
- 独居や高齢者のみ世帯であり何らかの見守りが必要であるため
- ご本人・ご家族が退院後の生活に不安を抱えているため
- 自宅以外の生活の場についての相談の希望があるため
- その他（ )