

送付先 医師 (送付元)記入者氏名 情報提供日 年 月 日

**改正前**  
くらしのシート

利用者情報		情報提供事業者	
ふりがな		名称	
氏名	( 歳 )(男・女)	所在地	
生年月日	M・T・S 年 月 日	電話番号	( ) ( ) ( )
住所		FAX番号	( ) ( ) ( )
電話番号	( ) ( ) ( )	担当者	
障害者手帳	<input type="checkbox"/> 有(等級など) <input type="checkbox"/> 無	ケアマネ	
家族構成	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> 子と同居 <input type="checkbox"/> 日中独居 <input type="checkbox"/> その他 ( ) * <input type="checkbox"/> 日中独居	氏名	
緊急時連絡先			
氏名 ①		氏名	
住所		続柄	
電話番号	( ) ( ) ( )	氏名	
続柄		続柄	
主介護者	氏名	続柄	
キーパーソン	氏名	続柄	
住所		TEL	
医療情報			
病名	〇〇病院(年月日～年月日まで通院または入院)・転院先など※養生所に記入		
#1			
かかりつけ医情報	医療機関名	TEL	
かかりつけ医情報	医療機関名	TEL	
かかりつけ歯科医情報	医療機関名	TEL	
かかりつけ薬剤師情報	薬剤師名 (薬局名)	TEL	
他に受診している医療機関	医療機関名	TEL	
訪問診療している医療機関	医療機関名	TEL	
訪問看護に関する情報	機関名	( <input type="checkbox"/> 医療保険 <input type="checkbox"/> 介護保険) TEL	

送付先 医師 (送付元)記入者氏名 情報提供日 年 月 日

**改正後**  
くらしのシート

利用者情報		情報提供事業者	
ふりがな		名称	
氏名	( 歳 )(男・女)	所在地	
生年月日	年 月 日	電話番号	( ) ( ) ( )
住所		FAX番号	( ) ( ) ( )
電話番号	( ) ( ) ( )	担当者	
障害者手帳	<input type="checkbox"/> 有(等級など) <input type="checkbox"/> 無	ケアマネ	
家族構成	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> 子と同居 <input type="checkbox"/> 日中独居 <input type="checkbox"/> その他 ( )	氏名	
緊急時連絡先			
氏名 ①		氏名	
住所		続柄	
電話番号	( ) ( ) ( )	氏名	
続柄		続柄	
主介護者	氏名	続柄	
キーパーソン	氏名	続柄	
住所		TEL	
医療情報			
病名	〇〇病院(年月日～年月日まで通院または入院)・転院先など※養生所に記入		
#1			
かかりつけ医情報	医療機関名	TEL	
かかりつけ医情報	医療機関名	TEL	
かかりつけ歯科医情報	医療機関名	TEL	
かかりつけ薬剤師情報	薬剤師名 (薬局名)	TEL	
他に受診している医療機関	医療機関名	TEL	
訪問診療している医療機関	医療機関名	TEL	
訪問看護に関する情報	機関名	( <input type="checkbox"/> 医療保険 <input type="checkbox"/> 介護保険) TEL	

改正前

くらしのシート2

既往歴(疾患)等について	
既往歴(疾患)*	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 慢性肺病 <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 急性呼吸器感染症 <input type="checkbox"/> 脳血管障害 <input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> 感染症 <input type="checkbox"/> その他
入院歴*	最近半年間での入院 期間: 年 月 日 ~ 年 月 日 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (理由: ) <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 頻度が高い繰り返している <input type="checkbox"/> 頻度は低いが、これまでもある <input type="checkbox"/> 今回初めて
入院前に実施している医療処置*	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 経腸栄養 <input type="checkbox"/> 経腸栄養 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 尿管カテーテル <input type="checkbox"/> 尿管カテーテル <input type="checkbox"/> 尿管カテーテル <input type="checkbox"/> 消化管ストーマ <input type="checkbox"/> 痛みコントロール <input type="checkbox"/> 排便コントロール <input type="checkbox"/> 自己注射 ( ) <input type="checkbox"/> その他( )
介護情報	
事業対象者	認定有効期間 年 月 日 ~ 年 月 日
要支援	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 申請中(新規・更新・区変)
サービス利用情報	<input type="checkbox"/> 訪問診療 (回/W/M) <input type="checkbox"/> 訪問看護 (回/W/M) <input type="checkbox"/> 通所介護 (回/W) <input type="checkbox"/> 短期入所 (日/M) <input type="checkbox"/> 訪問介護 (回/W) <input type="checkbox"/> 訪問介護 (回/W) <input type="checkbox"/> 通所介護 (回/W) <input type="checkbox"/> 短期入浴 (回/W) <input type="checkbox"/> 福祉用具 <input type="checkbox"/> 配食サービス (回/W)
障害高齢者	<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 <input type="checkbox"/> 医師の判断
認知症高齢者	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> ケアマネジャーの判断
入院前の介護者情報を記載(家族の健康状態等)	
介護者情報	
家族構成図	
凡例 <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性 介 ... 主介護者 キ ... キーパーソン <input type="checkbox"/> 実際に住んでいる人	
<input type="checkbox"/>	

改正後

※ 既往歴・入院歴 消去

※ チェック可 選択可 くらしのシート2

入院前に実施している医療処置*	
<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 経腸栄養
<input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 尿管カテーテル <input type="checkbox"/> 尿管カテーテル <input type="checkbox"/> 消化管ストーマ <input type="checkbox"/> 痛みコントロール	<input type="checkbox"/> 排便コントロール <input type="checkbox"/> 自己注射 ( ) <input type="checkbox"/> その他( )
介護情報	
事業対象者	認定有効期間 年 月 日 ~ 年 月 日
要支援	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 申請中(新規・更新・区変)
サービス利用情報	<input type="checkbox"/> 訪問診療 (回/W/M) <input type="checkbox"/> 訪問看護 (回/W/M) <input type="checkbox"/> 通所介護 (回/W) <input type="checkbox"/> 短期入所 (日/M) <input type="checkbox"/> 訪問介護 (回/W) <input type="checkbox"/> 訪問介護 (回/W) <input type="checkbox"/> 通所介護 (回/W) <input type="checkbox"/> 短期入浴 (回/W) <input type="checkbox"/> 福祉用具 <input type="checkbox"/> 配食サービス (回/W)
障害高齢者	<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 <input type="checkbox"/> 医師の判断
認知症高齢者	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> ケアマネジャーの判断
入院前の介護者情報を記載(家族の健康状態等)	
介護者情報	
家族構成図	
凡例 <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性 介 ... 主介護者 キ ... キーパーソン <input type="checkbox"/> 実際に住んでいる人	
<input type="checkbox"/>	

改正前

くらしのシート3

生活情報	
項目	特記事項
移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 補助員 <input type="checkbox"/> 車椅子
入浴・清拭	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
着替え	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
整容	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
睡眠	<input type="checkbox"/> 良眠 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 (服薬) <input type="checkbox"/> 常用 <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> 服薬無し
排泄排便*	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> ホールトイレ <input type="checkbox"/> オムツ
皮膚状態	<input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 膀胱瘻 <input type="checkbox"/> 留置カテーテル
食事	床ずれ <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> マット有
UDF等の食形態区分	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 区分1 容易にかめる <input type="checkbox"/> 区分2 歯ぐきでつぶせる <input type="checkbox"/> 区分3 舌でつぶせる <input type="checkbox"/> 区分4 かまなくてよい
嚥下	<input type="checkbox"/> 飲み込みが時間かかる <input type="checkbox"/> 声の変化 <input type="checkbox"/> 呼吸の変化 <input type="checkbox"/> しゃべり込み有
義歯	<input type="checkbox"/> 有 ( <input type="checkbox"/> 部分 <input type="checkbox"/> 総 ) <input type="checkbox"/> 無
口腔ケア	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
経管栄養	<input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 腸ろう
視力障害	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 眼鏡
難聴	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 補聴器
言語障害	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
認知障害	<input type="checkbox"/> 大声を出す <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 危険行為
本人/家族の意向について	
本人の趣味・興味・関心領域等	
本人の生活歴	
入院前の本人の生活に対する意向	
入院前の家族の生活に対する意向	
薬剤情報「お薬手帳(コピー)」を添付・通記事項	
内服薬	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 ) 禁忌薬剤 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
居宅療養管理指導	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (職種: )
薬剤管理	<input type="checkbox"/> 自己管理 <input type="checkbox"/> 他者による管理 (管理者: ) 管理方法: )
服薬状況	<input type="checkbox"/> 処方通りの服用 <input type="checkbox"/> 時々飲み忘れ <input type="checkbox"/> 飲み忘れが多い、処方が守られていない <input type="checkbox"/> 服薬拒否 <input type="checkbox"/> 服薬あり
お薬に関する、特記事項	

改正後

※チエック可 選択可 ぐらしのシート3

生活情報	
項目	特記事項
移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 補助員 <input type="checkbox"/> 車椅子
入浴・清拭	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
着替え	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
整容	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
睡眠	<input type="checkbox"/> 良眠 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 (服薬) <input type="checkbox"/> 常用 <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> 服薬無し
排泄排便*	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> ホールトイレ <input type="checkbox"/> オムツ
皮膚状態	<input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 膀胱瘻 <input type="checkbox"/> 留置カテーテル
食事	床ずれ <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ( ) <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> マット有
UDF等の食形態区分	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 区分1 容易にかめる <input type="checkbox"/> 区分2 歯ぐきでつぶせる <input type="checkbox"/> 区分3 舌でつぶせる <input type="checkbox"/> 区分4 かまなくてよい
嚥下	<input type="checkbox"/> 飲み込みが時間かかる <input type="checkbox"/> 声の変化 <input type="checkbox"/> 呼吸の変化 <input type="checkbox"/> しゃべり込み有
義歯	<input type="checkbox"/> 有 ( <input type="checkbox"/> 部分 <input type="checkbox"/> 総 ) <input type="checkbox"/> 無
口腔ケア	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
経管栄養	<input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 腸ろう
視力障害	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 眼鏡
難聴	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 補聴器
言語障害	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
認知障害	<input type="checkbox"/> 大声を出す <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 危険行為
本人/家族の意向について	
本人の趣味・興味・関心領域等	
本人の生活歴	
入院前の本人の生活に対する意向	
入院前の家族の生活に対する意向	
薬剤情報「お薬手帳(コピー)」を添付・通記事項	
内服薬	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 ) 禁忌薬剤 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
居宅療養管理指導	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (職種: )
薬剤管理	<input type="checkbox"/> 自己管理 <input type="checkbox"/> 他者による管理 (管理者: ) 管理方法: )
服薬状況	<input type="checkbox"/> 処方通りの服用 <input type="checkbox"/> 時々飲み忘れ <input type="checkbox"/> 飲み忘れが多い、処方が守られていない <input type="checkbox"/> 服薬拒否 <input type="checkbox"/> 服薬あり
お薬に関する、特記事項	

**改正前**

くらしのシート4

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)	
在宅生活に必要な要件	
退院後 世帯状況	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢世帯 <input type="checkbox"/> 子と同居 (家族構成員数 ) * <input type="checkbox"/> 日中独居 <input type="checkbox"/> その他
世帯に対する配慮	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要
退院後の主介護者	<input type="checkbox"/> シート1に同じ <input type="checkbox"/> 左記以外 (氏名 続柄 年齢 )
介護力 *	<input type="checkbox"/> 介護力が見込める ( <input type="checkbox"/> 十分 <input type="checkbox"/> 一部 ) <input type="checkbox"/> 介護力は見込めない <input type="checkbox"/> 家族や支援者はいない
家族や同居者等による虐待の疑い *	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
特記事項	
<b>カンファレンス等について(ケアマネジャーからの希望)</b>	
「院内の多職種カンファレンス」への参加	<input type="checkbox"/> 希望あり
「退院前カンファレンス」への参加	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 希望あり
メモ	

\* = 診療報酬 退院支援加算1.2「退院困難な患者の要因」に関連

**改正後**

くらしのシート4

※チェック  選択可

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)	
在宅生活に必要な要件	
退院後 世帯状況	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢世帯 <input type="checkbox"/> 子と同居 (家族構成員数 ) * <input type="checkbox"/> 日中独居 <input type="checkbox"/> その他
世帯に対する配慮	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要
退院後の主介護者	<input type="checkbox"/> シート1に同じ <input type="checkbox"/> 左記以外 (氏名 続柄 年齢 )
介護力 *	<input type="checkbox"/> 介護力が見込める ( <input type="checkbox"/> 十分 <input type="checkbox"/> 一部 ) <input type="checkbox"/> 介護力は見込めない <input type="checkbox"/> 家族や支援者はいない
家族や同居者等による虐待の疑い *	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
特記事項	
<b>カンファレンス等について(ケアマネジャーからの希望)</b>	
「院内の多職種カンファレンス」への参加	<input type="checkbox"/> 希望あり
「退院前カンファレンス」への参加	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 希望あり
メモ	

\* = 診療報酬 退院支援加算1.2「退院困難な患者の要因」に関連