

入院時情報提供書ファイル 操作説明書

なごや在宅医療・介護連携ハンドブック
～名古屋市における在宅医療・介護連携ガイドライン～

＜発行＞
名古屋市・名古屋市医師会

ファイルを開いたときに表示されるメッセージについて

セキュリティの警告 一部のアクティブ コンテンツが無効にされました。クリックすると詳細が表示されます。

	A	B	C	D
1		事業所名	担当者名	TEL
2				
3				
4	番号	提供日	患者名	提供医療機関名

「コンテンツの有効化」をクリック

初回の設定について（必須）

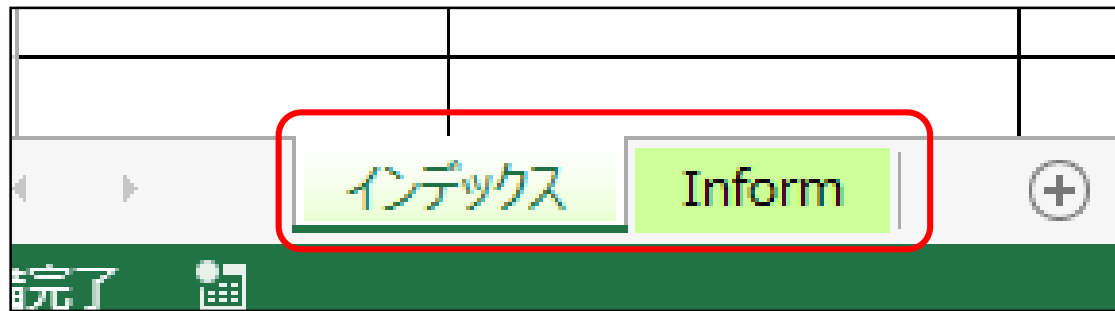
	A	B	C	D	E	F
1	事業所名		担当者名	TEL	FAX	
2						参照
3						
4	番号	提供日	患者名	提供医療機関名	担当者名	
5						
6						
7						
8						

- 赤枠のセルに自身の事業所名、担当者名、電話番号（TEL）、FAX番号を入力してください
- 上記の情報は、情報提供元として入院時情報提供書に記載されます
- 一度入力して保存することで次回以降の入力が不要となります
（ここでの保存はエクセルファイルの保存を指します）
- 変更したい場合は、変更したいセルの内容を書き換えることで変更できます

シートの説明

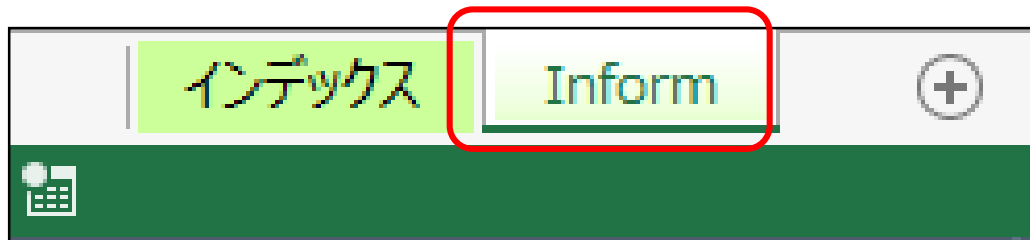
事業所名	担当者名	TEL	FAX	
医師会ケアステーション	医師会 太郎	052-111-.....	052-112-.....	参照
番号	提供日	患者名	提供医療機関名	担当者名

⋮

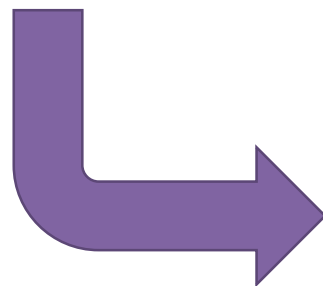


- 当ファイルはシートが2つあり、「インデックス」シートと「Inform」シートという名前です
- 「インデックス」シートは入院時情報提供書の蓄積を一覧で表示するシートです
- 「Inform」シートは新規情報登録や登録済みの情報を参照、修正、再利用するシートです

新規登録①



「Inform」シートをクリックします



入力フォームのある画面になります

記入日: 年 月 日
入院日: 年 月 日
情報提供日: 年 月 日

※番号は自動付与のため、入力不要です
番号

PDFへ出力 内容リセット

←こちらの色の項目はリストから選択してください。

入院時情報提供書

医療機関 ← 居宅介護支援事業所
事業所名:
ご担当者名: 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、利用者情報(身体・生活機能など)の情報を送付します。是非ご活用下さい。

1. 利用者(患者)基本情報について

患者氏名	(フリガナ)	年齢	才	性別	
		生年月日		年	月 日
住所	〒 <input type="text"/>	電話番号			
住環境 ※可能ならば、「写真」などを添付	住居の種類 (<input type="text"/>)	階建て、	居室	階、	エレベーター (<input type="text"/>)
	特記事項				
入院時の要介護度		有効期限:	年	月	日 ~ 年 月 日
	<input type="checkbox"/> 申請中 (申請日)		<input type="checkbox"/> 区分変更 (申請日)		
障害高齢者の日常生活自立度	<input checked="" type="radio"/> 自立 <input type="radio"/> J1 <input type="radio"/> J2 <input type="radio"/> A1 <input type="radio"/> A2 <input type="radio"/> B1 <input type="radio"/> B2 <input type="radio"/> C1 <input type="radio"/> C2				<input checked="" type="radio"/> 医師の判断

インデックス Inform +

新規登録②

記入日： 年 月 日
 入院日： 年 月 日
 情報提供日： 年 月 日

※番号は自動付与のため、入力不要です
 番号

←こちらの色の項目はリストから選択してください。

PDFへ出力 内容リセット

入院時情報提供書

医療機関 ← 居宅介護支援事業所

医療機関名：
 ご担当者名：

事業所名： 医師会ケアステーション
 ケアマネジャー氏名： 医師会 太郎
 TEL: 052-111-..... FAX: 052-112-.....

利用者(患者)/家族の同意に基づき、利用者情報(身体・生活機能など)の情報を送付します。是非ご活用下さい。

1. 利用者(患者)基本情報について

患者氏名	(フリガナ)	年齢	才	性別	
		生年月日		年	月 日
住所	〒	電話番号			
住環境 ※可能ならば、「写真」などを添付	住居の種類 ()	階建て、	居室	階、	エレベーター ()
	特記事項				
入院時の要介護度	有効期限：	年	月	日	～ 年 月 日
	<input type="checkbox"/> 申請中 (申請日)		<input type="checkbox"/> 区分変更 (申請日)		
障害高齢者の日常生活自立度	<input checked="" type="radio"/> 自立 <input type="radio"/> J1 <input type="radio"/> J2 <input type="radio"/> A1 <input type="radio"/> A2 <input type="radio"/> B1 <input type="radio"/> B2 <input type="radio"/> C1 <input type="radio"/> C2				

医師の判断

インデックス Inform

- 空欄に情報を入力してください
- 色付きのセルは選択式となっています (下図)

生年月日	
	昭和 大正 明治

セルを選択すると右下に表示される ▼マークをクリック

- 各種日時や患者氏名は必須項目となっています

新規登録③

退院後の世帯状況	<input type="checkbox"/> 子と同居の場合 家族構成員数 () 名 * <input type="checkbox"/> 日中独居 その他 ()
世帯に対する配慮	<input checked="" type="radio"/> 不要 <input type="radio"/> 必要 ()
退院後の主介護者	<input checked="" type="radio"/> 本シート2に同じ <input type="radio"/> 左記以外 氏名 続柄 年齢 才
介護力*	

不要 必要

はクリックすることで選択できます。なお、**必ずどれかを選択する必要があります。**

* 日中独居

はチェックボックスです。クリックするとチェックマーク (☑) が入力されます。チェックが入った状態でもう一度クリックするとチェックマークは消えます。

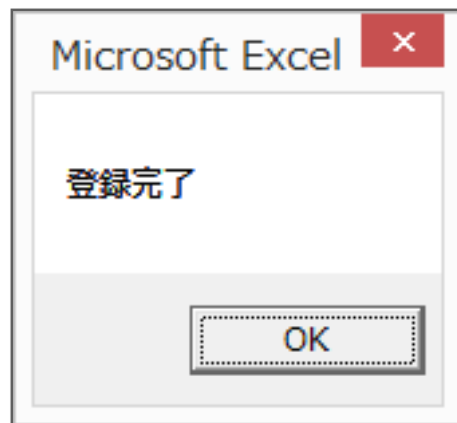
新規登録④

(フリガナ) <input type="text"/>	診察方法 ・頻度	<input type="checkbox"/> 通院	<input type="checkbox"/> 訪問診療
<input type="text"/>		・頻度 <input type="text"/> 回/月	

援加算 1. 2「退院困難な患者の要因」に関連

新規登録 **上書き保存** **削除**

- 必要事項を入力したら「新規登録」ボタンをクリックしてください



- 登録完了が表示されると登録が終了します
- 「OK」ボタンをクリックします

参照について

- 作成したデータは「インデックス」シートに一覧として表示されます
- 「インデックス」シートから参照したいデータを選択します
 - 参照したい**番号のセル**を選択した状態で右側にある「参照」ボタンをクリックします

事業所名	担当者名	TEL	FAX	
医師会ケアステーション	医師会 太郎	052-111-.....	052-112-.....	参照
番号	提供日	患者名	提供医療機関名	担当者名
1	2019年6月28日	医師会 次郎	なごや〇〇△病院	医師会 次郎

① 閲覧したい番号のセルを選択

② 「参照」ボタン
クリック

データの修正と再利用、削除

- 「参照」ボタンからデータを参照し、内容を変更します
- データ修正の場合
 - 「上書き保存」をクリックすると内容の修正となります
- データの再利用の場合
 - 「新規登録」をクリックすると新たな番号で新しいデータとして蓄積されます
- データの削除
 - 「削除」をクリックすると参照しているデータを削除し、インデックスからも削除されます

