

医療と介護の連携シート

- 介護支援専門員 ⇔ 医療機関 ・ 介護保険事業者
- 介護保険事業者 ⇔ 医療機関

	様
--	---

下記の方に関する情報を以下の通り提供します

本シート記入者 (記入日) 年 月 日

担当者氏名		所属先/事業内容	
TEL	Fax	Eメール	

- 入院・入所時 退院・退所時 その他()

フリガナ		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年 月 日 (歳)
------	--	--	------	---	------------

住所 敦賀市

介護度 申請中 (認定予定 頃)

要支援 1 2 要介護 1 2 3 4 5 (認定期間 : 年 月末)

身障手帳 無 申請中 有 (種 級) その他の医療給付

家族状況

・主介護者(氏名: 続柄: TEL)

・その他介護協力者()

・家族介護力 有 無

・特記事項 ()

※独居 無 有 ・キーパーソン(氏名: 続柄: TEL)

主病名	医療機関等名称	診療科名	受診状況	治療・医療処置管理等	服薬内容

特記事項(既往歴等)

病状の経過
医師のコメント等

<記入時の身体・生活状況等>

在宅サービスの利用状況

訪問介護 (回/週) 通所介護 (回/週) 訪問リハビリ (回/週) 通所リハビリ (回/週)

訪問看護 (回/週) 訪問入浴 (回/週)

ショートステイ (日/月) 居宅療養管理指導 (医 歯 薬)

福祉用具 [特殊寝台 車椅子 歩行器 エアマット その他 ()]

その他 ()

麻痺の状況	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		 前	 後	
褥瘡等皮膚疾患	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有				特記事項

食事	摂食	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	主食	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 軟飯 <input type="checkbox"/> お粥 <input type="checkbox"/> その他
	副食	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> きざみ食 (<input type="checkbox"/> 一口きざみ <input type="checkbox"/> きざみ) <input type="checkbox"/> ミキサー食 <input type="checkbox"/> ソフト食 <input type="checkbox"/> 経管栄養
	水分	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> とろみ <input type="checkbox"/> ゼリー

食事		塩分	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	水分	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	特記事項
		カロリー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	その他	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
嚥下障害		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有				
口腔	口腔環境	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> やや不良 <input type="checkbox"/> 不良				
	口腔ケア	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助				
	義歯使用	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 不使用				
排泄	動作	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助				
	方法	<input type="checkbox"/> トイレ [<input type="checkbox"/> 和式・ <input type="checkbox"/> 洋式] <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> 留置カテーテル <input type="checkbox"/> その他				
	排便状況	<input type="checkbox"/> 便秘傾向 <input type="checkbox"/> 下剤服用 <input type="checkbox"/> その他 最終排便(日時 性状)				
移動関連動作	歩行	<input type="checkbox"/> つかまらずに可 <input type="checkbox"/> つかまれば可 [<input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 老人車 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> その他] <input type="checkbox"/> できない 車いすの使用 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 [<input type="checkbox"/> 普通型 <input type="checkbox"/> リクライニング]				
		移乗	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			
	起き上がり	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> つかまれば可 <input type="checkbox"/> できない				
入浴		<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助				
更衣		<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助				
コミュニケーション		<input type="checkbox"/> 難聴 <input type="checkbox"/> 視覚障害 <input type="checkbox"/> 言語障害 <input type="checkbox"/> その他				
認知症	認知症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有				
	行動心理症状	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 有の場合 <input type="checkbox"/> 幻覚(幻視・幻聴) <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 抑うつ <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 不安 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 暴言・暴力 <input type="checkbox"/> その他				
睡眠障害		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 眠剤服用				
服薬管理	管理状況	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他				
	管理能力	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助				
アレルギー		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()				
感染症		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> HBV <input type="checkbox"/> HCV MRSA: <input type="checkbox"/> 保菌 <input type="checkbox"/> 発症 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 不明				
医療や介護における本人や家族の意向 (※不明の場合は「不明」と記入する)		●病状の悪化時にどこで医療や介護を受けたいか 本人() 家人【続柄】() ●希望する場で医療や介護を受ける際に障害となると考えることはなにか 本人() 家人【続柄】() ●病状の悪化の際にどのような治療を希望するか 【延命を重視した治療・延命効果を伴った一般的な内科治療・苦痛の緩和や快適さを重視した治療】 本人() 家人【続柄】() ●本人の望む意向について意思表示や話し合いを行っているか <input type="checkbox"/> 意思表示をしている <input type="checkbox"/> 話し合いをしている —→ 家族等は同意しているか() <input type="checkbox"/> どちらも行っていない <input type="checkbox"/> 不明				
		【本人の言葉】				
		【家人の言葉】				