

医療と介護の連携シート【記載例】

- 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

○病院 地域医療連携室 ○○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 | ○○居宅介護支援事業所 | |
| TEL | ○○-○○○○ | Fax | ○○-○○○○ | Eメール | abcd@tonbo.co.jp |

入院・入所時 退院・退所時 その他()

| | | | | | | |
|------|---------|---------------------------------------|------|--|----------|----|
| フリガナ | カイゴ ハナコ | <input type="checkbox"/> 男 | 生年月日 | <input type="checkbox"/> 大正 | ○年 5月 5日 | ○歳 |
| 氏名 | 介護 花子 | <input checked="" type="checkbox"/> 女 | | <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 | | |
| | | | | <input type="checkbox"/> 平成 | | |

住所 敦賀市 中央町1丁目1-1

| | | |
|-----|--|--|
| 介護度 | <input type="checkbox"/> 申請中 (認定予定 頃) | |
| | 要支援 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 要介護 <input type="checkbox"/> 1 <input checked="" type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 (認定期間 : 平成 ○年 ○月末) | |

| | | | |
|------|---|----------|---|
| 身障手帳 | <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 有 (種 級) | その他の医療給付 | 無 |
|------|---|----------|---|

| | | |
|------|--|---|
| 家族状況 | | ・主介護者(氏名:介護緑子 続柄:長男の嫁 TEL○○-○○○○) ・その他介護協力者(長男) ・家族介護力 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ・特記事項 (他の子供達も市内在住のため、一部協力あり。) |
| | | ・キーパーソン(氏名:介護緑子 続柄:長男の嫁 TEL○○-○○○○) |
| | ※独居 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 | |

| 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 |
|--------|---------|-------|-------|------------|-----------------------|
| 高血圧 | ○○病院 | 循環器内科 | 3ヶ月1回 | 服薬中 | ・アムロジピン5mg1錠 朝食後 |
| 慢性気管支炎 | ○○病院 | 呼吸器科 | 3ヶ月1回 | 服薬中 | ・テオフィリン100mg 2錠/朝・夕食後 |
| | | | | | ・メプチン吸入 3回/日 |

| | |
|----------------|--|
| 特記事項(既往歴等) | |
| 病状の経過 医師のコメント等 | 1か月前から、咳・痰がひどくなり、受診したところ、肺炎と診断され入院となる。 |

<記入時の身体・生活状況等>

| | |
|-------------|--|
| 在宅サービスの利用状況 | <input type="checkbox"/> 訪問介護 (回/週) <input type="checkbox"/> 通所介護 (回/週) <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ (回/週) <input type="checkbox"/> 通所リハビリ (回/週) <input type="checkbox"/> 訪問看護 (回/週) <input checked="" type="checkbox"/> 訪問入浴 (1回/週) <input type="checkbox"/> ショートステイ (日/月) <input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導 (<input type="checkbox"/> 医 <input type="checkbox"/> 歯 <input type="checkbox"/> 薬) <input type="checkbox"/> 福祉用具 [<input type="checkbox"/> 特殊寝台 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> エアマット <input type="checkbox"/> その他 ()] <input type="checkbox"/> その他 () |
|-------------|--|

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

| | | | |
|----|----|---|-----------------------|
| 食事 | 摂食 | <input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 | 食事:配膳準備は家族がし、ベッド上で摂取。 |
| | 主食 | <input type="checkbox"/> 普通 <input checked="" type="checkbox"/> 軟飯 <input type="checkbox"/> お粥 <input type="checkbox"/> その他 | |
| | 副食 | <input type="checkbox"/> 普通 <input checked="" type="checkbox"/> きざみ食 (<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> とろみ <input type="checkbox"/> ゼリー | |

| | | | | | | |
|---|---|--|---|--|---|------|
| 食事 | 食事制限 | 塩分 | <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 | その他 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 | |
| | 嚥下障害 | <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 | | | | |
| 口腔 | 口腔環境 | <input type="checkbox"/> 良 <input checked="" type="checkbox"/> やや不良 <input type="checkbox"/> 不良 | | | | |
| | 口腔ケア | <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 不使用 | | | | |
| 排泄 | 動作 | <input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> ポータブル <input checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 有 [<input checked="" type="checkbox"/> 普通型 <input type="checkbox"/> リクライニング] | | | | |
| | | 移乗 | <input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 | | | |
| | 起き上がり | <input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> つかまれば可 <input type="checkbox"/> できない | | | | |
| | 入浴 | <input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 | | | | |
| 更衣 | <input checked="" 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 | | | | |
| | 行動心理症状 | <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 眠剤服用 | | | | | |
| 服薬管理 | 管理状況 | <input checked="" type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他 | | | | |
| | 管理能力 | <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () | | | | | |
| 感染症 | <input checked="" 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 (※不明な場合は「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(自宅) 家人【続柄 嫁】 (入院) ●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(家族への負担) 家人【続柄 嫁】 (仕事との両立) ●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(苦痛の緩和や快適さを重視) 家人【続柄 嫁】 (本人の意向に沿う) ●本人や家族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 checked="" 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(同意している) <input type="checkbox"/> どちらも行っていない <input type="checkbox"/> 不明 | | | | | |
| | | | | 【本人の言葉】 ・できる限り家で暮らしたい 【家族の言葉】 ・本人の意向に沿いたいが、家族負担が気がかりだ。限界がくれば入院させたい。 | | |