|  |  |
| --- | --- |
| 医療と介護の連携シート | **【令和６年６月改訂】** |
| 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 |  | 職種 |  | 所属先/事業内容 |  |
| TEL |  | FAX |  | ﾒｰﾙ |  |
| [ ]  入院・入所時　　[ ]  退院・退所時　　[ ]  その他（　　　　　　　　　　　　　　） |
| フリガナ |  | [ ]  男[ ]  女 | 生年月日 | [ ]  大正[ ]  昭和[ ]  平成 | 　　　年　　　月　　　日 | 歳 |
| 氏名 |  |
| 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（[ ] 視 [ ] 聴 [ ] 肢体　　種　　級） | その他の医療給付 |  |
| 家族状況 | 独居　[ ]  無　[ ]  有 | * 家族介護力　[ ]  有　[ ]  無
* 主介護者氏名：

続柄：　　　TEL：* その他介護協力者：
* 主介護者以外の家族連絡先

　氏名：続柄：　　　TEL： | 一日の過ごし方 |  |
|  |  |  |  |  |
| 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 |
|  |  |  |  |  | [ ]  別紙情報添付あり |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 特記事項（既往歴等） |  |
| 病状経過医師ｺﾒﾝﾄ等 |  |
| 主治医から患者・家族への病状説明内容、患者・家族の受け止め方 |
| ＜記入時の身体・生活状況等＞ |
| 在宅ｻｰﾋﾞｽ利用状況 | [ ]  訪問介護(　　回/週) | [ ]  通所介護(　　回/週) | [ ]  訪問リハ(　　回/週) | [ ]  通所リハ(　　回/週) |
| [ ]  訪問看護(　　回/週) | [ ]  訪問入浴(　　回/週) | [ ]  ショート(　　日/月) |  |
| [ ]  居宅療養管理指導(☐医 ☐歯 ☐薬) | [ ]  福祉用具[ [ ] 特種寝台 [ ] 車いす [ ] 歩行器 [ ] エアマット [ ] 手すり [ ] 他(　 　)] |
| [ ]  他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 栄養状態 | 体重（　　　　　）㎏・身長（　　　　　）cm・BMI（　　　　　）【　　年　　月　　日現在】 |
| 食事 | 食事回数 | [ ]  ３回　[ ]  ２回　[ ]  １回　[ ]  他 | 特記事項 |
| 摂食 | [ ]  自立　[ ]  一部介助　[ ]  全介助 | [ ]  食事指導・連絡票　添付あり　[ ]  栄養状態データ（血液検査結果等）添付あり |
| 主食 | [ ]  普通　[ ]  軟飯　[ ]  お粥　[ ]  他 |
| 副食 | [ ]  普通　[ ]  きざみ食（[ ]  一口きざみ　[ ]  きざみ）[ ]  ミキサー食　[ ]  ソフト食　[ ]  経管栄養 |
| 水分 | [ ]  普通　[ ]  とろみ　[ ]  ゼリー |
| 制限 | [ ]  無　[ ]  有([ ]  塩分　[ ]  水分　[ ]  カロリー　[ ] 他 ) |
| 嚥下障害 | [ ]  無　[ ]  有 |
| 口腔 | 口腔環境 | [ ]  良　[ ]  やや不良　[ ]  不良 |
| 口腔ケア | [ ]  自立　[ ]  一部介助　[ ]  全介助 |
| 義歯使用 | [ ]  無　[ ]  有　[ ]  不使用 |
| 排泄 | 動作 | [ ]  自立　[ ]  一部介助　[ ]  全介助 | 特記事項 |
| 方法 | [ ]  トイレ(☐和式 ☐洋式) [ ]  ポータブル　[ ]  おむつ　[ ]  留置カテーテル　[ ]  他(　　　　　　　　　　　　) |  |
| 排便状況 | [ ]  便秘傾向　[ ]  下剤服用　[ ]  他(　　　　　　　　)http://www.jintai100.com/wp-content/themes/welcart_default/images/free/img/01.gifhttp://www.jintai100.com/wp-content/themes/welcart_default/images/free/img/02.gif最終排便[日時：　　　　　性状：　　　　　　　] |
| 麻痺の状況 | [ ]  無　[ ]  有↓右図に記載 |
| 褥瘡等皮膚疾患 | [ ]  無　[ ]  有↓後前右図に記載 |
| 移動関連動作 | 歩行 | [ ]  つかまらず可[ ]  つかまれば可[[ ] 杖 [ ] 老人車 [ ] 歩行器 [ ] 他(　　　　　)][ ]  不可　 |
| 車いす使用 | [ ]  無　[ ]  有([ ]  普通型　[ ]  リクライニング) |
| 移乗 | [ ]  自立　[ ]  一部介助　[ ]  全介助 |
| 起き上がり | [ ]  自立　[ ]  つかまれば可　[ ]  不可 |
| 自宅・自室環境で特記すべきこと | [ ]  無 [ ]  有（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| [ ]  自宅・自室の見取図（写真）添付あり |
| 入浴 | [ ]  自立　[ ]  一部介助　[ ]  全介助 | 特記事項 |
| 更衣 | [ ]  自立　[ ]  一部介助　[ ]  全介助 |  |
| コミュニケーション | [ ]  難聴　[ ]  視覚障害　[ ]  言語障害　[ ]  他(　　　　) |
| 認知症 | 認知症 | [ ]  無　[ ]  有 |
| 行動心理症状 | [ ]  無[ ]  有[[ ] 幻視 [ ] 幻聴 [ ] 妄想 [ ] 徘徊 [ ] 抑うつ [ ] 不潔行為[ ] 不安 [ ] 不眠 [ ] 興奮 [ ] 暴言 [ ] 暴力 [ ] 他(　　)] |
| 睡眠障害 | [ ]  無　[ ]  有　[ ]  眠剤服用 |
| 服薬 | 管理者 | [ ]  本人　[ ]  家族　[ ]  他(　　　　　　　　　　) |
| 本人の管理能力 | [ ]  自立　[ ]  見守り　[ ]  一部介助　[ ]  全介助 |
| アレルギー | [ ]  無　[ ]  有(　　　　　　　　　　　　　　) |
| 感染症 | [ ]  無　[ ]  ＨＢＶ　[ ]  ＨＣＶ　[ ]  ＭＲＳＡ（[ ] 保菌 [ ] 発症）[ ]  他(　　　　) [ ]  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）** | 病状悪化時、どこで医療や介護を受けたいか本人の意向：家族(続柄:　　)の意向： | 特記事項 |
|  |
| 希望する場で医療や介護を受ける時、障害になることは何か本人の考え：家族(続柄:　　)の考え： |
| 症状悪化時、どのような治療を希望するか本人の意向：[ ]  延命を最重視（心肺蘇生、人工呼吸器、輸血・昇圧剤の使用、人工透析などを希望）[ ]  延命が最重視ではないが、栄養補給（胃ろう・経鼻経管栄養、中心静脈栄養など）は希望[ ]  点滴程度は希望（栄養補給の継続までは不要）[ ]  苦痛緩和や快適さを最重視（延命治療不要）家族の意向：[ ]  延命を最重視（心肺蘇生、人工呼吸器、輸血・昇圧剤の使用、人工透析などを希望）(続柄:　　) [ ]  延命が最重視ではないが、栄養補給（胃ろう・経鼻経管栄養、中心静脈栄養など）は希望[ ]  点滴程度は希望（栄養補給の継続までは不要）[ ]  苦痛緩和や快適さを最重視（延命治療不要）本人の意向について意思表示や話し合いを行っているか家族等は同意しているか[ ]  有(続柄:　　 　)[ ]  無　[ ]  不明入院・入所中に本人・家族の状況や意向の変化があった場合、サマリー等に記載いただき、お知らせください。[ ]  本人の意志表示あり　　[ ]  話し合いをしている 　　[ ]  どちらも行っていない[ ]  不明 |