|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |