

医療と介護の連携シート

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	<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 (視 聴 肢体 種 級) その他の医療給付

家族状況	独居 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	・家族介護力 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 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： TEL： 続柄： TEL：	一日の過ごし方	+
------	--	---	---------	---

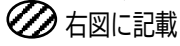
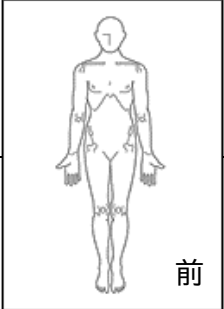
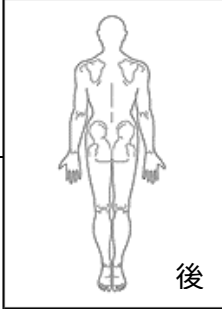
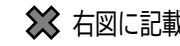
主病名	医療機関等名称	診療科名	受診状況	治療・医療処置管理等	服薬内容
					<input type="checkbox"/> 別紙情報添付あり
特記事項 (既往歴等)					
病状経過 医師コメント等					
主治医から患者・家族への病状説明内容、患者・家族の受け止め方					

<記入時の身体・生活状況等>

在宅サービス利用状況 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 () kg ・身長 () cm ・BMI () 【 年 月 日現在】

食事	食事回数	<input type="checkbox"/> 3 回 <input type="checkbox"/> 2 回 <input type="checkbox"/> 1 回 <input type="checkbox"/> 他	特記事項 <input type="checkbox"/> 食事指導・連絡票 添付あり <input type="checkbox"/> 栄養状態データ (血液検査結果等) 添付あり
	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"/> 他	
	副食	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> きざみ食 (<input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> 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	
	制限	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 塩分 <input type="checkbox"/> 水分 <input type="checkbox"/> 加糖 <input type="checkbox"/> 他)	
口腔	嚥下障害	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
	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	特記事項
	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"/> 他()	
排便状況	<input type="checkbox"/> 便秘傾向 <input type="checkbox"/> 下剤服用 <input type="checkbox"/> 他() 最終排便[日時: 性状:]		
麻痺の状況	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ↓  右図に記載	 前  後	
褥瘡等皮膚疾患	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ↓  右図に記載		
移動関連動作	歩行	<input type="checkbox"/> つかまらず可 <input type="checkbox"/> つかまれば何[<input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 老人車 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 他()] <input type="checkbox"/> 不可	
	車いす使用	<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"/> つかまれば何 <input type="checkbox"/> 不可	

自宅・自室環境で特記すべきこと	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> 自宅・自室の見取図(写真)添付あり
-----------------	---

入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	特記事項
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"/> 他()	
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[<input type="checkbox"/> 幻視 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> 他()]	
睡眠障害	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 眠剤服用	
服薬	管理者 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 他() 本人の管理能力 <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 <input type="checkbox"/> MRSA (<input type="checkbox"/> 保菌 <input type="checkbox"/> 発症) <input type="checkbox"/> 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: 家族の意向:	
	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 <input type="checkbox"/> 本人の意志表示あり <input type="checkbox"/> 話し合いをしている <input type="checkbox"/> どちらも行っていない <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 家族等は同意しているか <input type="checkbox"/> 有(続柄:) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明