

桜川市医療と介護の情報連携シート

手書き用 R2.3改

※情報提供者はわかる範囲で記入してください。
連携シートに書ききれない場合は、別紙を添付してください。

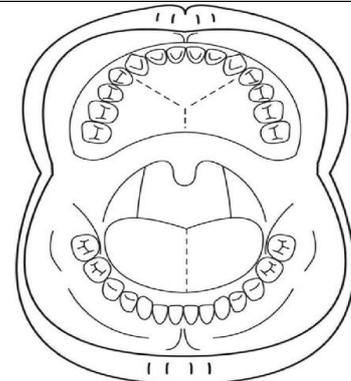
情報提供日： 年 月 日

情報提供先		情報提供元 記入者			
ふりがな 利用者名		性別	生年月日	年齢	
			年 月 日		
住所	〒	☎			
	緊急連絡先	☎	住 所	続柄	役割
1					
2					
3					
家族構成・家族図		家族の介護状況・特記事項			<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 日中独居 <input type="checkbox"/> 老々世帯 <input type="checkbox"/> 経済事情 <input type="checkbox"/> 介護負担 <input type="checkbox"/> 家族関係 <input type="checkbox"/> 本人の理解力 <input type="checkbox"/> 家族の理解力 <input type="checkbox"/> レスパイト入院希望

医療保険	自己負担割合 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割	限度額 認定証 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 多数該当	
経済状況 助成など	<input type="checkbox"/> 老齢年金 <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 特別障害者手当 <input type="checkbox"/> その他()		
公費負担など	<input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 指定難病() <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳(級) <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳		
介護保険	申請状況	申請日 年 月 日 認定日 年 月 日	
	<input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 申請済み	有効期限 年 月 日 ~ 年 月 日	
	要介護状態区分 <input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5	負担割合 <input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割	介護保険負担限度額認定 <input type="checkbox"/> 第1段階 <input type="checkbox"/> 第2段階 <input type="checkbox"/> 第3段階 <input type="checkbox"/> 第4段階
	総合事業 <input type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/> 該当 (<input type="checkbox"/> 訪問型サービス <input type="checkbox"/> 通所型サービス <input type="checkbox"/> その他の生活支援サービス)		
かかりつけ 医科・歯科・ 薬局	機 関 名 主 治 医 連 絡 先	① _____ Dr ☎ _____	
		② _____ Dr ☎ _____	
		③ _____ Dr ☎ _____	
連携事業所			
事業所名			
担当者名			
利用日時等 連絡先			

主病名	病状・経過など		投薬内容 <input type="checkbox"/> 別紙 <input type="checkbox"/> 不明
			人生の最終段階の希望 (療養先・治療など)
副病名			
既往			
身長	cm	体重	kg
測定日	年 月 日		
アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()		特記事項 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 感染症() <input type="checkbox"/> その他()
入院(予定)日	年 月 日	<input type="checkbox"/> 未定	カンファレンス開催 <input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要
退院(予定)日	年 月 日	<input type="checkbox"/> 未定	
急変時の連絡医療機関	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	医療機関名 担当者	☎
〈特記事項〉			

(イ) 健康状態・既往歴

(イ) 特別な医療・口腔衛生	特別な医療		<input type="checkbox"/> 前回診療より変化なし
	<input type="checkbox"/> 疼痛の管理	<input type="checkbox"/> 褥瘡の処置	<input type="checkbox"/> 留置カテーテル (種類 <input type="checkbox"/> サイズ <input type="checkbox"/> 交換)
	<input type="checkbox"/> 点滴の管理	<input type="checkbox"/> 中心静脈栄養	<input type="checkbox"/> 経管栄養 (<input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 腸瘻 サイズ <input type="checkbox"/> 交換)
	<input type="checkbox"/> ドレーン(部位 <input type="checkbox"/>)	<input type="checkbox"/> 酸素療法 (<input type="checkbox"/> L/min)	<input type="checkbox"/> 吸引器 <input type="checkbox"/> 気管カニューレ (サイズ <input type="checkbox"/>)
	<input type="checkbox"/> 人工肛門	<input type="checkbox"/> 人工膀胱	<input type="checkbox"/> ストーマの処置 <input type="checkbox"/> その他 (<input type="checkbox"/>)
	訪問薬剤	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	〈特記事項〉
	服薬状況	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良 <input type="checkbox"/> 残薬あり	
	薬剤管理	<input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> ヘルパー <input type="checkbox"/> その他(<input type="checkbox"/>)	
	服薬支援	<input type="checkbox"/> 一包化 <input type="checkbox"/> 粉碎 <input type="checkbox"/> お薬カレンダー <input type="checkbox"/> 配薬BOX <input type="checkbox"/> 薬袋 <input type="checkbox"/> その他(<input type="checkbox"/>)	
	歯科口腔の状態		病変の部位・状況等を記入
口腔衛生状態	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 不良 <input type="checkbox"/> 著しく不良(食物残渣有り)		
歯の状態	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 虫歯あり <input type="checkbox"/> 残根あり <input type="checkbox"/> 歯垢(歯面 <input type="checkbox"/>)		
歯肉の状態	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 炎症あり(発赤腫脹) <input type="checkbox"/> 歯石(歯面 <input type="checkbox"/>)		
義歯の使用	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(部分床 <input type="checkbox"/>)(全部 <input type="checkbox"/>)		
義歯の適合	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 概ね良好 <input type="checkbox"/> 悪い		
粘膜の乾燥	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> やや乾燥 <input type="checkbox"/> 乾燥強い(<input type="checkbox"/> 保湿必要 <input type="checkbox"/> 保湿不要)		
頬・上あご・粘膜・舌の異常や変化 (図に直接記入)			
口腔ケア	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		ケア時の状況
()回/日(<input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 晩 <input type="checkbox"/> 寝る前)			<input type="checkbox"/> むせる <input type="checkbox"/> 咳き込む
口腔管理の注意点			

(ウ) ADL・IADL等	日常生活の状況	評価日	年	月	日	特記事項・制限など
	基本動作	寝返り	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	〈運動障害など〉 麻痺 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(程度 <input type="checkbox"/> 部位 <input type="checkbox"/>)		
		起上がり	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			
		座位保持	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			
		立上がり	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			
		立位保持	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			
		移乗	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			
		歩行	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			
		移動	<input type="checkbox"/> 手引き <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> シルバーカー			
	移動	<input type="checkbox"/> 車いす(自走) <input type="checkbox"/> 車いす(介助) <input type="checkbox"/> ストレッチャー	〈独自の方法・転倒危険・住宅改修の必要性など〉			
	認知機能	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり(<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり)	周辺症状	主な周辺症状(<input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> 火の不始末) その他気になる症状 (<input type="checkbox"/>)		
	視力低下	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり(<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左)	〈程度・コミュニケーション方法など〉			
	聴力低下	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり(<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左)				
	言葉の問題	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり(<input type="checkbox"/> 言語障害 <input type="checkbox"/> 認知症)				
	食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	制限	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> kcal) 塩分(<input type="checkbox"/> g) 水分(<input type="checkbox"/> mLまで その他(<input type="checkbox"/>) 〈 注意点や経管栄養の内容など 〉		
	主菜・副菜形態 食事制限等	<input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 軟飯 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> ソフト食 <input type="checkbox"/> その他				
		<input type="checkbox"/> 常菜 <input type="checkbox"/> 軟菜 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> ソフト食 <input type="checkbox"/> その他				
		その他(<input type="checkbox"/>)				
経管栄養	<input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 腸瘻					
排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	尿意	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 便意 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 〈 留置カテーテル・ストマなど 〉			
	日中 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> リハパン <input type="checkbox"/> オムツ					
	夜間 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> リハパン <input type="checkbox"/> オムツ					
入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助					
整容・更衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助					
睡眠	眠剤の内服 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> 常用					
日常生活	障害高齢者 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2					
自立度	認知症高齢者 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M					
緊急通報システム	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	救急医療情報キット	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり			

備考・その他特記すべき事項