

(記入例)

# 桜川市医療と介護の情報連携シート

PC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：平成30年10月1日

情報提供先	〇〇病院	情報提供元	〇〇居宅介護支援事業所
		記入者	桜川 一郎

ふりがな 利用者名	さくらがわ はなこ 桜川 花子	性別	生年月日		年齢
		女	昭和 25年 10月 10日		67
住所	〒309-1292 桜川市岩瀬64-2		☎	0296-11-1111	

(ア) 連絡先	緊急連絡先		☎	住所	続柄	役割
	1	桜川 一夫	090-1111-1111	桜川市岩瀬64-2	次男	主介護者
	2	鈴木 一郎	090-2222-2222	桜川市羽田1023	長男	キーパーソン
	3	田中 春子	090-3333-3333	筑西市	長女	キーパーソン

家族構成・家族図 	家族の介護状況・特記事項 次男との二人暮らしで、日中独居。 長男は週2回、長女は週1回支援に来ている。	問題点 <input type="checkbox"/> 独居 <input checked="" 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 3割	国民健康保険	限度額認定証 なし
経済状況 助成など	高齢年金		
公費負担など	身体障害者手帳 5級		

(ア) 医療・介護情報	申請状況	申請日	平成30年6月30日	認定日	平成30年7月20日
	申請済み	新規	有効期限	平成30年6月30日～	平成31年6月30日
	要介護状態区分	要介護3	その他( )		
	負担割合	1割	介護保険負担限度額認定		

かかりつけ 医療・歯科・薬局	機関名	① Aクリニック	② B病院	③ C病院
	主治医	〇〇 〇〇 Dr	〇〇 〇〇 Dr	〇〇 〇〇 Dr
連携事業所	居宅介護支援事業所(ケアマネジャー)	訪問介護		通所介護
	D居宅介護支援事業所	〇〇 〇〇	E訪問介護事業所	〇〇 〇〇
	毎月訪問	週3回(月)(水)(金) 10:00~11:00	F通所介護事業所	〇〇 〇〇
	利用サービスの相談、調整	服薬確認、配膳、清拭	入浴、利用者との交流	

(イ) 健康状態・既往歴	主病名	心筋梗塞		病状・経過など	平成17年 心筋梗塞 平成25年 左小脳梗塞 平成30年9月 倦怠感、呼吸苦により、B病院入院	投薬内容	別紙
	副病名	高血圧、高脂血症、心不全				人生の最終段階の希望 (療養先・治療など)	
	既往	左小脳梗塞					
	身長	153 cm	体重	70 kg	測定日	平成30年7月1日	
	アレルギー	なし		特記事項			
	入院(予定)日	平成30年 9月 25日	・	<input type="checkbox"/> 未定	カンファレンス開催	必要	日程

退院(予定)日	平成30年 10月 18日	・	<input type="checkbox"/> 未定	カンファレンス開催	必要	日程
急変時の連絡医療機関	あり	医療機関名	B病院	担当者	〇〇 〇〇	☎ 0296-22-2222
〈特記事項〉						

(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 サイズ 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 (経鼻 胃瘻 腸瘻 サイズ 交換)		
	<input type="checkbox"/> ドレーン (部位: )	<input type="checkbox"/> 酸素療法 ( L/min)	<input type="checkbox"/> 吸引器 <input type="checkbox"/> 気管カニューレ (サイズ)		
	<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 ( )		
	訪問薬剤	なし	〈特記事項〉		
	服薬状況	良 声掛け誘導が必要			
	薬剤管理	家族			
	服薬支援	一包化			
	歯科口腔の状態		病変の部位・状況等を記入		
口腔衛生状態	良好				
歯の状態	欠損あるが、咀嚼可能なレベル				
歯肉の状態	炎症あり(発赤腫脹)				
義歯の使用	部分床 上				
義歯の適合	概ね良好				
粘膜の乾燥	やや乾燥				
頬・上あご・粘膜・舌の異常や変化 (図に直接記入)					
口腔ケア	一部介助 声掛け誘導が必要			ケア時の状況	
口腔管理の注意点				( 3 )回/日( (朝)・(昼)・(晩)・(寝る前) )	むせる
唾液の分泌が少なく、口腔内自浄作用低下。やや乾燥しているため炎症が起こりやすい。ブラッシング時、出血に注意。就寝時、義歯は外すこと。					

(ウ) ADL・IADL等	日常生活の状況		評価日	平成30年 8月 1日	特記事項・制限など	
	基本動作	寝返り	一部介助	〈運動障害など〉 麻痺 なし (程度 部位 ) 両下肢の筋力低下がある 〈独自の方法・転倒危険・住宅改修の必要性など〉		
		起上がり	一部介助 ベッド柵に掴まり動作可能			
		座位保持	一部介助			
		立上がり	一部介助			
		立位保持	一部介助			
		移乗	一部介助			
		歩行	一部介助			
	移動	車イス(介助)				
	認知機能	問題なし	周辺症状	なし	主な周辺症状( ) その他気になる症状( )	
視力低下	問題なし	〈程度・コミュニケーション方法など〉				
聴力低下	問題あり(右左)	やや大きめの声で話せば聞こえる				
言葉の問題	問題なし					
食事	自立	制限 <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( kcal) 塩分( g)				
主菜・副菜形態 食事制限等	軟飯 軟菜 トロミ剤使用	水分( )mLまで その他( )				
	一般食 摂取量普通	〈注意点や経管栄養の内容など〉				
経管栄養						
排泄	一部介助	尿意 あり		便意 あり		
	日中 トイレ	〈留置カテーテル・ストマなど〉				
夜間	ポータブル					
入浴	全介助	週2回清拭				
整容・更衣	一部介助					
睡眠	眠剤の内服	なし				
日常生活	障害高齢者	A2				
自立度	認知症高齢者	I				
緊急通報システム	なし	救急医療情報キット		なし		

備考・その他特記すべき事項