

とまこまい在宅医療 入院時連携シート

様式2

情報提供先機関・施設名	記載不要	御中
情報提供先担当者名		様

<記載例>

【基本シート】

基本情報 ※以下の情報は本人及びご家族の同意に基づき作成しています。

(フリガナ)	タナカ ハナコ		性別	<input type="checkbox"/> 男	生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 10 年 12 月 12 日 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 (82 歳)
氏名	田中 花子			<input checked="" type="checkbox"/> 女		
住所	苫小牧市旭町2丁目4番20号			電話番号	0144-35-0001	
住宅環境	<input checked="" type="checkbox"/> 一戸建て (2) 階 <input type="checkbox"/> 集合住宅 () 階 【エレベーター <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無】 【手すり <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無】					
要介護認定	<input type="checkbox"/> 要支援 <input checked="" type="checkbox"/> 要介護 3 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 未申請					
有効期間	平成 29 年 6 月 1 日 ~ 平成 30 年 5 月 31 日			経済状況	<input checked="" type="checkbox"/> 年金等(国民・遺族) 生活保護(<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無)	
障害等認定	<input type="checkbox"/> 身障()種()級 疾病名() <input type="checkbox"/> 精神()級 疾病名() <input type="checkbox"/> 特定疾患()					
主介護者	田中 良子	続柄	長男の妻	<input checked="" type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	電話	0144-35-0001
就労状況	無職		健康状況	良好		
キーパーソン	田中 一郎	続柄	長男	<input checked="" type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	電話	0144-35-0001
就労状況	平日8時~17時		健康状況	良好		
緊急連絡先	田中 良子	続柄	長男の妻	<input checked="" type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	電話(自宅)	0144-35-0001
携帯	090-1111-1111					
医療情報	主病名	医療機関等名称		診療科名	担当医	受診状況等
	脳梗塞	〇〇クリニック(訪問診療医)		内科	佐藤 太郎	月に2度訪問診療
	白内障	〇〇眼科クリニック		眼科	佐々木 浪子	3ヶ月に1回通院
	該当項目にチェック又は必要事項を記載					

身体状況・日常生活行為等

アレルギー	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 (薬剤: 食物: たまご その他:)	
日常生活自立度	寝たきり度	<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 checked="" type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2
	認知症	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input checked="" type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M
認知症状	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 記憶障害 <input type="checkbox"/> 幻覚・妄想 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 抑うつ・不安 <input type="checkbox"/> 暴言・暴力 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> その他()	
麻痺の状況	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中度 <input checked="" type="checkbox"/> 重度	部位 <input type="checkbox"/> 右上肢 <input checked="" type="checkbox"/> 左上肢 <input type="checkbox"/> 右下肢 <input checked="" type="checkbox"/> 左下肢 <input type="checkbox"/> その他(※麻痺の箇所を記載)
移動方法	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input checked="" type="checkbox"/> 車いす	
起居動作	起き上がり	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	立ち上がり	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助
視力	<input type="checkbox"/> 普通 <input checked="" type="checkbox"/> 視力低下有 <input type="checkbox"/> 全盲 <input type="checkbox"/> 眼鏡使用	聴力 <input type="checkbox"/> 普通 <input checked="" type="checkbox"/> 聴力低下有 <input type="checkbox"/> 補聴器使用
口腔	口腔ケア <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	義歯使用 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 要アセスメント
食事摂取	食形態	<input type="checkbox"/> 普通 <input checked="" type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> 嚥下障害食 <input type="checkbox"/> ミキサー
	食動作	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
更衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	入浴 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
排泄	排尿	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	排便	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
言語	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 失語症 <input checked="" type="checkbox"/> 構音障害	意思疎通 <input type="checkbox"/> 良好 <input checked="" type="checkbox"/> だいたい良好 <input type="checkbox"/> 基本的欲求のみ <input type="checkbox"/> 不可
服薬管理	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
在宅介護サービス等	<input checked="" type="checkbox"/> 訪問介護 2 回/週 <input type="checkbox"/> 通所介護 回/週 <input checked="" type="checkbox"/> 訪問看護 1 回/週 <input checked="" type="checkbox"/> 福祉用具(電動ベッド・車いす・シャワーチェア・ポータブルトイレ) <input checked="" type="checkbox"/> その他(通所リハ週1・ショートステイ不定期・眼科受診時ヘルパー介助・住宅改修(風呂・玄関))	

介護状況	生活歴	家族構成
<p>《※誰が、いつ、どんな介護をしているか記入 日中と夜間帯が異なる場合は各々記入》</p> <p>日中は長男の妻が車いすへの移乗・食事・排泄の介助をしている。夜間は、長男、長男の妻が交替でポータブル便器での排泄介助をしている。週2回ヘルパー介助で入浴をしている。</p>	<p>〇町で出生。中学校卒業後、伯父の経営する呉服店に勤務。24歳で結婚し、苫小牧に移住。3子をもうけ、専業主婦として生活する。平成28年に脳梗塞を発症するまでは庭の野菜づくりや地域の老人クラブに参加するなどして過ごし、社会的であった。</p>	<p>主...主介護者 ★...キーパーソン 同居は〇で囲む 本人 □ =男 ◎ =女</p>

記入者	作成日	2020 年 4 月 1 日	
所属	〇〇居宅介護支援事業所	職種	ケアマネジャー
氏名	鈴木 和子	電話	0144-72-0000