

介護・医療連携シート(居宅介護支援事業所→病院・診療所・施設)

入院年月日 年 月 日
報告年月日 年 月 日

フリガナ 氏名	性別	生年月日	年齢
様		生	才
病名	既往歴		

事業者名	
担当ケアマネジャー	
電話	
FAX	
E-mail	

入院に関し、主治医(介護保険意見書記載医師)への連絡: 実施 ・ 未実施

医療機関		電話	
主治医		電話	
医療機関		電話	
主治医		電話	

退院・退所に向けてのお願い

- 1) 退院・退所が決まり次第、ご連絡いただければ幸いです
- 2) 退院・退所時の情報提供をお願いします
- 3) 退院・退所カンファレンスの際は参加させていただきたいのでご連絡下さい

※緊急連絡先

①氏名	続柄()	
電話番号		
②氏名	続柄()	
電話番号	主介護者()	
	キーパーソン()	

※介護保険情報

要介護度		負担割合	割
有効年月日	平成 年 月 日 ~ 年 月 日		
障害認定等	身体障害者手帳() 精神障害者手帳() 療育手帳()		
障害高齢者の日常生活自立度	自立 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/>	J1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/>	J2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> C2 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/>
認知症高齢者の日常生活自立度	自立 <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/>	I <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/>	IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>

※医療関連情報

褥瘡	無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> () 床ずれマット 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/>	義歯の有無 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> () 残歯の有無 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> ()
医療的処置	経管栄養 (鼻腔 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 腸瘻 <input type="checkbox"/>) 留置カテーテル <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> インスリン <input type="checkbox"/> (回 単位) 血糖測定(有 <input type="checkbox"/> 、無 <input type="checkbox"/>) その他 ()	口腔ケアの困難さ (なし <input type="checkbox"/> 困難 <input type="checkbox"/> 不可能 <input type="checkbox"/>) 医療系サービス <input type="checkbox"/>
特記事項		

※ADL情報

食事	自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/>
形態	主食 常食 <input type="checkbox"/> 軟飯 <input type="checkbox"/> 粥 <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> 副食 常食 <input type="checkbox"/> きざみ <input type="checkbox"/> ムース <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> とろみ 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 食事制限 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 禁止食品 () 摂食・嚥下障害 ()
整容	自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/>
入浴	自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 行わず <input type="checkbox"/> 方法 (一般浴 <input type="checkbox"/> 機械浴 <input type="checkbox"/> 清拭 <input type="checkbox"/>)
更衣(上半身)	自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/>
更衣(下半身)	自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/>

※認知機能

トイレ動作	自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/>	理解
排泄	排尿 尿意: 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 失禁: 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 排便 便意: 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 失便: 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 内服 <input type="checkbox"/> 坐薬 <input type="checkbox"/> 洗腸 <input type="checkbox"/> 摘便 <input type="checkbox"/> 排泄コントロール ()	記憶
移乗	自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/>	コミュニケーション
移動	歩行・車椅子 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 伝い歩き <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> シルバーカー <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 階段 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/>	BPSD

※日常生活情報

入院・入所前のサービス利用状況	訪問介護 回 / 週 ・ 通所介護 回 / 週	福祉用具 (貸与/購入)	
	訪問看護 回 / 週 ・ 通所リハ 回 / 週	住宅改修	有 <input type="checkbox"/> 場所
	訪問リハ 回 / 週 ・ () 回 / 週		無 <input type="checkbox"/>
	訪問入浴 回 / 週 ・ () 回 / 週		
家屋状況	短期入所: ()	日中の状態	1人 <input type="checkbox"/> 介護者あり <input type="checkbox"/> ()
	その他: ()		
	家屋 所有 <input type="checkbox"/> 賃貸 <input type="checkbox"/> 一戸建て <input type="checkbox"/> マンション <input type="checkbox"/> アパート <input type="checkbox"/>	介護者・家族の問題	有 <input type="checkbox"/> 高齢 <input type="checkbox"/> 病氣 <input type="checkbox"/> 障害 <input type="checkbox"/>
	自部屋 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> : 階		無 <input type="checkbox"/> 家族関係等 <input type="checkbox"/>
	段差 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	薬の管理	自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/>
	手すり 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>		服薬に対しての問題 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/>
寝具 (布団 <input type="checkbox"/> 固定ベッド <input type="checkbox"/> 電動ベッド <input type="checkbox"/>)	睡眠の状態	良眠 <input type="checkbox"/> 不穏 <input type="checkbox"/> 状態: ()	
トイレ (和式 <input type="checkbox"/> 洋式 <input type="checkbox"/>)		睡眠剤 無 <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> 常用 <input type="checkbox"/> :	

※今回の退院後の希望など

自宅 転院 施設 不明 その他 () 申込している施設 あり () なし

※在宅の経過要約 (家族状況・住環境・介護力・経済状況・生活歴・本人、家族の思い・趣味・性格等の特記すべき点があれば記載)

()