

入院連携シート（案）

資料 3-2

提供日 平成 年 月 日 入院日 平成 年 月 日

事業所(施設)名		電話		FAX	
ケアマネジャー名		E-mail			

ふりがな 氏名		生年月日	明大昭 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	年 月 日	年齢	歳	性別	男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/>
緊急時 連絡先	氏名(キーパーソン) 1: 日常 2: 処置同意の連絡先を記入		続柄※	住所		電話番号		
	1							
	2							
※ 成年後見人の場合は、続柄欄にその旨記載								
家族の 介護力	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 日中独居 <input type="checkbox"/> 子と同居		医療保険	<input type="checkbox"/> 後期高齢者 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 健康保険 <input type="checkbox"/> 共済		住環境	<input type="checkbox"/> 戸建 <input type="checkbox"/> 集合	
	<input type="checkbox"/> 高齢世帯 <input type="checkbox"/> 家族が要介護			<input type="checkbox"/> 生保(<small>ケース名</small>) <input type="checkbox"/> 船員			<input type="checkbox"/> 階 EV <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
<input type="checkbox"/> その他()			障害等認定	<input type="checkbox"/> 身障() <input type="checkbox"/> 精神() <input type="checkbox"/> 療育 <input type="checkbox"/> 特定疾患()				
本人・家族の意向、生活目標等(DNARの有無を含む)				生活歴(これまでの職業、家庭生活、趣味、習慣など)				

介護保険	要介護度	有効期間(平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日)	
障害高齢者の日常生活自立度		<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 type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2	
認知症高齢者の日常生活自立度		<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	
介護サービス 利用状況	訪問	<input type="checkbox"/> 介護(/ 週) <input type="checkbox"/> 入浴(/ 週) <input type="checkbox"/> リハビリ (/ 週) <input type="checkbox"/> 看護(/ 週)	
	通所	<input type="checkbox"/> 介護(/ 週) <input type="checkbox"/> リハビリ (/ 週) <input type="checkbox"/> 短期入所 <input type="checkbox"/> 日/月	
	その他	<input type="checkbox"/>	
居宅療養管理指導 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (職種:)			
かかりつけ 医療機関 (医科・歯科・薬局)	医療機関名等		電話番号
	1		
	2		
		在宅療養時の主疾患	※主治医意見書等参照
既往歴 <input type="checkbox"/> 悪性腫瘍 <input type="checkbox"/> 急性呼吸器感染症 <input type="checkbox"/> 脳血管疾患 <input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> その他()			

		自立	見守り	一部介助	全介助	在宅での生活状況			
食 事	食形態	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 嚥下食(<input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> ソフト食 <input type="checkbox"/> ペースト <input type="checkbox"/> とろみ) <input type="checkbox"/> 経管栄養							
	制限	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(<input type="checkbox"/> 塩分 <input type="checkbox"/> 水分 <input type="checkbox"/> その他()							
口腔ケア		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>							
移動方法		<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 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> その他()							
入 浴		入浴制限 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> 清拭 <input type="checkbox"/> その他()							
排泄	排尿	排尿能力 <input type="checkbox"/> 自排尿 <input type="checkbox"/> 間欠導尿 <input type="checkbox"/> 留置カテーテル <input type="checkbox"/> 排便習慣 回/(日・週)							
	排便	日中 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> リハビリパンツ <input type="checkbox"/> その他()							
		夜間 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> リハビリパンツ <input type="checkbox"/> その他()							
服薬管理	処方薬	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有() <input type="checkbox"/> お薬手帳参照							
	薬剤管理	<input type="checkbox"/> 自己管理 <input type="checkbox"/> 他者管理		眠剤の使用	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	夜間の状態	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不穏		
服薬状況		<input type="checkbox"/> 処方通り服用 <input type="checkbox"/> 時々飲み忘れ <input type="checkbox"/> 飲み忘れが多い, 処方が守られていない <input type="checkbox"/> 服薬拒否							
精神・心理面での療養上の留意点		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有							
		<input type="checkbox"/> 幻視・幻覚 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴行 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 不潔行為							
		<input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 異食行動 <input type="checkbox"/> 性的問題行動 <input type="checkbox"/> その他()							
在宅移行時に推測される問題点、介護上特に注意すべき点									

※上記の担当者が利用者または家族の承諾を得て、利用者の入院・入所先を関係者へ情報提供します。