

入院連携シート

神戸市

提供日	年	月	日	入院日	年	月	日					
事業所(施設)名				ケアマネジャー名			電話・FAX					
ふりがな 氏名				明大昭	年	月	日	年齢	歳	性別	男	女
	生年月日			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
緊急時 連絡先	氏名(キーパーソン)			続柄※	住所		電話番号	備考				
	1											
	2											
※「成年後見人」の場合は、続柄欄にその旨記載。どちらか一方が医療同意者となる場合、その他留意事項があれば備考欄に記載												
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()	CW) <input type="checkbox"/> 船員			<input type="checkbox"/> 階 EV <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有				
経済状況	<input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 生活保護			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()					
	<input type="checkbox"/> その他()			<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)						

要介護度	要支援	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	要介護	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	有効期間	(年 月 日 ~ 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					(備考)	
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)				短期入所	<input type="checkbox"/> 日 / 月
	その他	<input type="checkbox"/>				訪問看護 事業所	(電話番号)
	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		現在 治療中の 病気 ※主治医意 見書等参照	
	1						
	2						
	3						
既往歴	<input type="checkbox"/> 悪性腫瘍 <input type="checkbox"/> 心血管疾患 <input type="checkbox"/> 脳血管疾患 <input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> その他()					手術歴	

	自立	見守り	一部介助	全介助	在宅での生活状況						
食 事	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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)					
					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"/>	義 歯	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 全部 <input type="checkbox"/> 一部)					
移動方法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	排尿能力	<input type="checkbox"/> 自排尿 <input type="checkbox"/> 間欠導尿 <input type="checkbox"/> 排便習慣 (回 / 日・週)					
					日中	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> リハビリパンツ <input type="checkbox"/> その他()					
	排便	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	夜間	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	処方薬	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> お薬手帳参照			眠剤の使用	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
					薬剤管理	<input type="checkbox"/> 自己管理 <input type="checkbox"/> 他者管理 ()			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						
コミュニ ケーション	聴力	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難あり <input type="checkbox"/> 困難 (補聴器の使用 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有)			言語	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難あり <input type="checkbox"/> 困難					
	視力	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難あり <input type="checkbox"/> 困難			意思疎通	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難あり <input type="checkbox"/> 困難					
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()								
特別な医療	<input type="checkbox"/> 経管栄養(<input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 腸ろう <input type="checkbox"/> 鼻腔) <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 気管切開										
	<input type="checkbox"/> 褥瘡処置 <input type="checkbox"/> 膀胱留置カテーテル <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <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。