

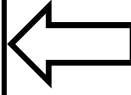
様式1

入院時連携シート

記入日 令和〇年〇月〇日

医療機関名: N総合病院
 ご担当者名: 医療連携室 M 様
 TEL: 〇〇〇-〇〇〇〇 FAX: 〇〇〇-〇〇〇〇

事業所名: Kケアプランセンター
 担当者氏名: H・Y
 TEL: 〇〇〇-〇〇〇〇 FAX: 〇〇〇-〇〇〇〇



入院時添付書類: 居宅サービス計画書1・2・3表 その他

※サービス内容につきましては、添付の居宅サービス計画1・2・3表にてご確認ください。

ふりがな 氏名	〇〇 〇〇	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	生年月日	<input type="checkbox"/> 明 <input checked="" type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 平 〇年〇月〇日	年齢	85 歳	
住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 さいたま市〇区		電話番号	自宅 〇〇〇-〇〇〇〇 携帯 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇			
介護保険の 自己負担割合	<input checked="" type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 不明	障害など 認定	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(身体・精神・知的)		家族構成図		
年金などの種類	<input checked="" type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input checked="" type="checkbox"/> その他						
かかりつけ 医療機関名	T内科クリニック TEL 048-		医師名	T・M 先生			
要介護度	介護度 <input checked="" type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5		要支援	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 区分変更			
事前意思表 明の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無		退院時カンファレンスの希望	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 状況変化により希望有			
食事	<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		主介護者:	〇〇 〇〇 続柄 長女 TEL 〇〇〇-〇〇〇〇			
食事形態:	やや柔らかい常食		キーパーソン:	同じ 続柄 TEL 〇〇〇-〇〇〇〇			
体重の変化:	5キロ低下している		(同居の有無: 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 居住地:)				
嚥下	<input checked="" type="checkbox"/> むせない <input type="checkbox"/> むせる <input type="checkbox"/> 時々むせる		排尿	<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		調理	<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
食欲低下ありエンシュアー飲んでいる。			尿漏れありパット利用		家族とヘルパーが用意レンジはできる		
			排尿回数: 8 回				
義歯	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり 自分で洗浄できる		排便	<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		買い物	<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
			時折下剤利用 Pトイレ (排便回数: 1 回)(最終排便日: 11/10)		家族		
整容	<input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input 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		通院	<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
			入浴・シャワー浴・清拭 シャワー浴家族介助		家族が車で介助している		
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 ふらつくので介助している		睡眠薬服用の有無	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり(エチゾラム)		洗濯	<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
			睡眠状況: 夜間頻尿で良く起きる		干すことは介助あり		
移乗	<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 体を支えている		内服	<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		掃除	<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
					ヘルパーが行う		
移動	<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		嗜好品			金銭管理	<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
麻痺の有無: 下肢筋力低下動作時息切れ	移動手段: 杖・車椅子・シルバーカー・歩行者・スリッパ・その他		タバコ:	なし 本/日		家族が管理している。	
			酒:	なし 合/日			

病名・告知及び療養状況・既往歴	認知症(問題行動)の有無・精神面の問題点
間質性肺炎・病気の告知あり発病から余命10年言われ今年で10年のためもうすぐ死ぬと思っている。	不安が強く一人になると娘様を頻回に呼び出す。
医療行為(機器)の有無	コミュニケーション状況・補聴器の使用状況・眼鏡・コンタクトの有無
在宅酸素 安静時 1ℓ、動作時3ℓ	難聴あり夫の補聴器利用している。
医療行為の指導内容及習得状況	現在の介護状況
自分で酸素の調整できる。	一人娘さんが近所に住み毎日訪問してくれている。
本人・家族の意向	福祉用具の使用及び家屋の状況
咳がひどく苦しい治療で楽になったら帰宅したい。	アパート1階に住む、室内手すり取り付け有。
特記事項(家庭内の問題点など)	
夫が最近亡くなり一人になり不安が強くなっている、自宅で生活できるか一人が我慢できなければ施設も検討。	

※この介護連携情報シートは、利用者(患者)/家族の同意を得ております。是非ご活用下さい。

様式 2

退院・退所情報記録書

記入日： 令和〇年 〇月 〇日

1. 基本情報・現在の状態 等

属性	フリガナ	〇〇〇〇 〇〇〇	性別	年齢	退院(所)時の要介護度 (<input type="checkbox"/> 要区分変更)	
	氏名	〇〇 〇〇 様	男 <input type="checkbox"/> 女 <input checked="" type="checkbox"/>	85歳	<input type="checkbox"/> 要支援 () ・要介護(1) <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> なし	
入院(所)概要	入院(所)日	令和〇年 〇月 〇日		退院(所)予定日：令和〇年 〇月 〇日		
	入院原因疾患(入所目的等)	間質性肺炎				
	入院・入所先	施設名 N総合病院		A 棟 1103 室		
	今後の医学管理	医療機関名： T内科クリニック		方法	<input type="checkbox"/> 通院 <input checked="" type="checkbox"/> 訪問診療	
① 疾患と入院(所)中の状況	現在治療中の疾患	① 間質性肺炎 ② ③		疾患の状況	*番号記入	安定(①) 不安定()
	移動手段	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他 ()				
	排泄方法	<input checked="" type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> カテーテル・パウチ ()				
	入浴方法	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> 一般浴 <input type="checkbox"/> 機械浴 <input type="checkbox"/> 行わず				
	食事形態	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> その他 ()			UDF等の食形態区分	
	嚥下機能(むせ)	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(時々・常に)		義歯	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり(<input type="checkbox"/> 部分・ <input type="checkbox"/> 総)	
	口腔清潔	<input checked="" type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良 <input type="checkbox"/> 著しく不良			入院(所)中の使用： <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	
	口腔ケア	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助				
	睡眠	<input type="checkbox"/> 良好 <input checked="" type="checkbox"/> 不良 (頓服で眠剤利用 回数は少ない)				眠剤使用 <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり
	認知・精神	<input type="checkbox"/> 認知機能低下 <input type="checkbox"/> せん妄 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input checked="" type="checkbox"/> 焦燥・不穏 <input type="checkbox"/> 攻撃性 <input type="checkbox"/> その他 ()				
② 受け止め/意向	<本人> 病気、障害、後遺症等の受け止め方	本人への病名告知 : <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 発病10年で死ぬと言われたので怖かった。治療を受けて楽になったので安心している。今後も風邪をひかないようにします。				
	<本人> 退院後の生活に関する意向	調子がいいので自宅に籠るよりデイサービスなどに行き弱った足を治してふらつかないようにしたい。				
	<家族> 病気、障害、後遺症等の受け止め方	治る病気ではないので今後一人で暮らせるの心配している、父も亡くなり一人になったので呼吸苦がどれくらい残るのか不安です。				
	<家族> 退院後の生活に関する意向	今迄通りのアパートで訪問看護、ヘルパー利用して生活するが一人暮らしが無理なら同居も考えている。				

2. 課題認識のための情報

③ 退院後に必要な事柄	医療処置の内容	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 点滴 <input checked="" type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 経鼻栄養 <input type="checkbox"/> 経腸栄養 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 尿道カテーテル <input type="checkbox"/> 尿路ストーマ <input type="checkbox"/> 消化管ストーマ <input type="checkbox"/> 痛みコントロール <input type="checkbox"/> 排便コントロール <input type="checkbox"/> 自己注射 () <input type="checkbox"/> その他 ()				
	看護の視点	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 血圧 <input type="checkbox"/> 水分制限 <input type="checkbox"/> 食事制限 <input type="checkbox"/> 食形態 <input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 口腔ケア <input checked="" type="checkbox"/> 清潔ケア <input type="checkbox"/> 血糖コントロール <input type="checkbox"/> 排泄 <input type="checkbox"/> 皮膚状態 <input type="checkbox"/> 睡眠 <input type="checkbox"/> 認知機能・精神面 <input type="checkbox"/> 服薬指導 <input checked="" type="checkbox"/> 療養上の指導(食事・水分・睡眠・清潔ケア・排泄 などにおける指導) <input type="checkbox"/> ターミナル <input checked="" type="checkbox"/> その他 (酸素の管理、呼吸リハビリ、呼吸状態の観察)				
	リハビリの視点	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 本人指導 <input type="checkbox"/> 家族指導 <input type="checkbox"/> 関節可動域練習(ストレッチ含む) <input type="checkbox"/> 筋力増強練習 <input type="checkbox"/> バランス練習 <input type="checkbox"/> 麻痺・筋緊張改善練習 <input type="checkbox"/> 起居/立位等基本動作練習 <input type="checkbox"/> 摂食・嚥下訓練 <input type="checkbox"/> 言語訓練 <input type="checkbox"/> ADL練習(歩行/入浴/トイレ動作/移乗等) <input type="checkbox"/> IADL練習(買い物、調理等) <input type="checkbox"/> 疼痛管理(痛みコントロール) <input type="checkbox"/> 更生装具・福祉用具等管理 <input type="checkbox"/> 運動耐容能練習 <input type="checkbox"/> 地域活動支援 <input type="checkbox"/> 社会参加支援 <input type="checkbox"/> 就労支援 <input type="checkbox"/> その他 ()				
	禁忌事項	(禁忌の有無)		火器厳禁(禁忌の内容/留意点)		
症状・病状の予後・予測	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり 火を使う調理は禁止					
退院に際しての日常生活の阻害要因(心身状況・環境等)	在宅復帰のために整えなければならない要件 例) 医療機関からの見立て・意見(今後の見直し、急変の可能性や今後、どんなことが起こりうるか(合併症)、良くなっていく又はゆっくり落ちていく方向なのか等)について、①疾患と入院中の状況、②本人・家族の受け止めや意向、③退院後に必要な事柄、④その他の観点から必要と思われる事項について記載する。 ゆっくりに悪化はしていくので無理のない範囲で生活し、食事量が減って体力が低下しないように栄養補給を心がけてください。酸素療法は今後も継続です。					
在宅復帰のために整えなければならない要件	今後呼吸状態悪化時は上半身が起き上がるほうがいいので特殊寝台を検討する。					
回目	聞き取り日	情報提供を受けた職種(氏名)			会議出席	
1	令和〇年〇月〇日	主治医 N先生、病棟看護師 T 様、退院調整看護師 M様、			無 <input checked="" type="checkbox"/> 有	
2	年 月 日				無・有	
3	年 月 日				無・有	

※ 課題分析にあたっては、必要に応じて課題整理総括表の活用も考えられる。