

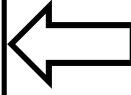
様式1

入院時連携シート

記入日 令和〇年 〇月 〇日

医療機関名： ○ ○ 医療センター
 ご担当者名： 医療相談室 ○ ○ 様
 TEL: ○〇〇-〇〇〇〇 FAX: ○〇〇-〇〇〇〇

事業所名： ○〇〇〇〇
 担当者氏名： ○〇 ○〇
 TEL: ○〇〇-〇〇〇〇 FAX: ○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	○ ○ ○ ○	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日	<input type="checkbox"/> 明 <input checked="" type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 平 ○ 年 ○ 月 ○ 日	年齢	70 歳	
住所	〒○〇〇〇-○〇〇〇 さいたま市○〇区 ○〇		電話番号	自宅 ○〇〇-○〇〇〇 携帯 ○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 type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり(身体・精神・知的)		家族構成図		
年金などの種類	<input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input checked="" type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> その他						
かかりつけ 医療機関名	○ ○ 医院 TEL ○〇〇-○〇〇〇		医師名	○○先生			
要介護度	介護度 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input checked="" 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			
事前意思表示 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 checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input 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:	○○○○ 続柄: 夫 TEL ○〇〇-○〇〇〇			
食事形態:	常食 丼にして主・副食一緒に入れる		キーパーソン:	○○○○ 続柄: 夫 TEL ○〇〇-○〇〇〇			
体重の変化:	特になし (49.5kg)		(同居の有無: 有・無 (居住地:))				
嚥下	<input type="checkbox"/> むせない <input type="checkbox"/> むせる <input checked="" type="checkbox"/> 時々むせる		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		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
食事での、むせはないが、コップで水を飲まない為 ストローで飲むが、時々むせる			常時おむつ使用、尿意の訴えなく、落ち着かない 様子の時にトイレ誘導する 排尿回数: 7~8回			認知症状が進み 調理手順がわからなくなり 夫が調理する	
義歯	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり		排便	<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		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
上顎部分入れ歯			便秘	便意訴えなく、おむつに失禁 Pトイレ (排便回数: 3日に1回) (最終排便日: ○/○)		欲しいものの訴えもなく、スーパーに連れて 行っても食品を選ぶ様子なく、夫が行う	
整容	<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		通院	<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
顔を拭く・髪をとく動作を一緒に行うと まねを して行えるが、途中でやめてしまう			入浴・シャワー浴・清拭 通所にて週3回入浴介助を受ける			夫が車に乗せ 月1回 通院介助を行う	
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		睡眠薬服用の有無	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり(安定剤)		洗濯	<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
促しで袖を通したり、足をズボンに入れる動作 見られるが、一人では更衣できない			睡眠状況: 安定剤服用にて5~6時間睡眠とれる			夫が行う	
移乗	<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		内服	<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		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
椅子や便座に座る動作が不安で座れず、腰を支え ゆっくりと座らせる			「薬を飲む」という動作がわからなくなり、口に 薬を入れ、ストローで水を飲ませる			夫が行う	
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: 麻痺なし 室内外とも手引き歩行介助			タバコ: 吸わず 本/日			夫が行う	
移動手段: 杖・車椅子・シルバーカー・歩行器・スリッパ・その他			酒: 飲まず 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
高血圧(服薬)・認知症(服薬とパッチ貼用)・H〇年左膝蓋骨骨折(手術)	今住んでいる所は自宅とっていない為、家に帰ると言い玄関に向かう動作あり落ちつかない 時々夫 がいないと探す(目の前に居ても解らない)
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
無	はい、はいと返事するが内容の理解が出来ていない 会話がかみ合わない。普通の声の大きさと聞き取 れる 眼鏡なし
医療行為の指導内容と習得状況	現在の介護状況
	生活全般の支援は夫が行う 近所に娘夫婦が住んでいて週末来て、買い物に連れ出すなど支援あり
本人・家族の意向	福祉用具の使用及び家屋の状況
家族のことがわかるうちは、自宅で介護していきたいが、介護の限界も感じている	ベットから落ちたことあり、低床のベットレンタル中 賃貸のアパート2階に住んでいて 外階段昇降必須
特記事項(家庭内の問題点など)	
アパートの2階の為、外階段昇降の歩行が介助のもと行えないと、自宅復帰は難しい 認知症状が進み介護の限界を夫が感じている状況、施設入所させるか 悩んでいる	

※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 ○ 年 ○ 月 ○ 日

1. 基本情報・現在の状態 等

属性	フリガナ		性別	年齢	退院(所)時の要介護度 (<input type="checkbox"/> 要区分変更)		
	氏名	○○○○ 様	男・ <input checked="" type="checkbox"/> 女	70 歳	<input type="checkbox"/> 要支援 ()・要介護(4) <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> なし		
入院(所)概要	・入院(所)日：H 年 月 日 ・退院(所)予定日：H 年 月 日						
	入院原因疾患(入所目的等)	右大腿骨頸部骨折					
	入院・入所先	施設名 ○○医療センター			棟 ○	室 ○○○	
	今後の医学管理	医療機関名： 未定			方法	<input type="checkbox"/> 通院 <input 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 右大腿骨頸部骨折 ② 認知症 ③ 高血圧		疾患の状況	*番号記入	安定(③) 不安定(①・②)	
	移動手段	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input checked="" type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他 ()					
	排泄方法	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input checked="" 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 type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> 一般浴 <input checked="" 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 type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり(<input checked="" type="checkbox"/> 時々・常に)		義歯	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり(<input checked="" 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 type="checkbox"/> 一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助					
	睡眠	<input checked="" type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良 ()				眠剤使用	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり
	認知・精神	<input checked="" type="checkbox"/> 認知機能低下 <input type="checkbox"/> せん妄 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input 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 type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし 理解力の低下あるため 本人には説明されていない					
	<本人> 退院後の生活に関する意向	現状では意向の表出が出来ない状況					
	<家族> 病気、障害、後遺症等の受け止め方	認知機能の低下でリハビリの指示が入らず、リハビリが進まない この状況が続くと、歩行できず車椅子の生活になる可能性が高いと聞いている					
	<家族> 退院後の生活に関する意向	歩行・階段昇降動作が行えない場合は、施設入所も検討している					

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 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 口腔ケア <input type="checkbox"/> 清潔ケア <input type="checkbox"/> 血糖コントロール <input checked="" type="checkbox"/> 排泄 <input type="checkbox"/> 皮膚状態 <input type="checkbox"/> 睡眠 <input checked="" 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 type="checkbox"/> その他 ()				
	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 checked="" type="checkbox"/> 関節可動域練習 (ストレッチ含む) <input checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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)		(禁忌の内容/留意点)		
症状・病状の予後・予測		<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり				
退院に際しての日常生活の阻害要因 (心身状況・環境等)		歩行できる可能性が低く 入所検討が必要				
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。 アパートの2階に住んでいるため 階段昇降が必須				
在宅復帰のために整えなければならない要件		リハビリにて階段昇降動作が介助にて行えるレベルになる				
回目	聞き取り日	情報提供を受けた職種 (氏名)			会議出席	
1	R○年 ○月 ○日	病棟看護師 (○○○○) 理学療法士 (○○○○) 医療連携室相談員 (○○○○)			無 <input checked="" type="checkbox"/>	
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。