

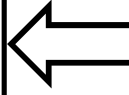
様式1

入院時連携シート

記入日 年 月 日

医療機関名：
 ご担当者名：
 TEL: FAX:

事業所名：
 担当者氏名：
 TEL: FAX:



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 type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 平	年 月 日	年齢	歳	
住所	電話番号		自宅 携帯				
介護保険の 自己負担割合	<input type="checkbox"/> ___割 <input type="checkbox"/> 不明	障害など 認定	<input 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 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 type="checkbox"/> その他						
かかりつけ 医療機関名	TEL		医師名				
要介護度	介護度 <input 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				
事前意思表示 明の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input 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 type="checkbox"/> 状況変化により希望有		
食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		主介護者: 続柄 TEL キーパーソン: 続柄 TEL (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 type="checkbox"/> 時々むせる		排尿		調理		
			<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
			排尿回数: 回				
義歯	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		排便		買い物		
			<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
			Pトイレ (排便回数: 回)(最終排便日: /)				
整容	<input 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		通院		
			<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		<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		
			入浴・シャワー浴・清拭				
更衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		睡眠薬服用の有無		洗濯		
			<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()		<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
			睡眠状況:				
移乗	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		内服		掃除		
			<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		嗜好品		金銭管理		
			タバコ: 本/日		<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
			酒: 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				
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				
医療行為の指導内容と習得状況			現在の介護状況				
本人・家族の意向			福祉用具の使用及び家屋の状況				
特記事項(家庭内の問題点など)							

※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 1

入院時連携シート

記入日 年 月 日

医療機関名： ご担当者名： TEL: FAX:	←	事業所名： 担当者氏名： TEL: FAX:
-------------------------------	---	------------------------------

入院時添付書類： 居宅サービス計画書 1・2・3表 その他

※【補足説明】

○入院時に、在宅での状況を病院関係者に申し送るために、ケアマネジャーが作成。

○厚生労働省の入院時情報連携加算に係る様式例と同様に、加算対象となります。

自己負担割合	認定	年齢	性別	年齢	性別
年金などの種類	<input 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 type="checkbox"/> その他				
かかりつけ医療機関名	TEL	医師名			
要介護度	介護度 <input 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	
事前意思表示の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input 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 type="checkbox"/> 状況変化により希望有		
食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		主介護者:	続柄	TEL
食事形態:			キーパーソン:	続柄	TEL
体重の変化:	(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 type="checkbox"/> 時々むせる		排尿	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
				排尿回数: 回	
義歯	<input type="checkbox"/> なし <input 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 type="checkbox"/> 全介助	
				Pトイレ (排便回数: 回)(最終排便日: /)	
整容	<input 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 type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
				入浴・シャワー浴・清拭	
更衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input 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 type="checkbox"/> あり ()	
			睡眠状況:		
移乗	<input type="checkbox"/> 自立 <input 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 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 type="checkbox"/> 全介助	
移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		嗜好品		
麻痺の有無:			タバコ:	本/日	
移動手段: 杖・車椅子・シルバーカー・歩行器・ストレッチャー・その他			酒:	合/日	
金銭管理	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助				

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
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
医療行為の指導内容と習得状況	現在の介護状況
本人・家族の意向	福祉用具の使用及び家屋の状況
特記事項(家庭内の問題点など)	

※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。