

入院時連携シート（居宅介護支援事業所・地域包括→病院・診療所）

様

作成日	年	月	日
-----	---	---	---

以下の情報は、利用者本人及び家族の同意に基づき提供しています。 ※別添資料 無 有：

基本情報

フリガナ		住所	〒 -	男 女	明治 大正 昭和 年 月 日生(歳)
氏名					
入院前の状況	<input type="checkbox"/> 自宅で独居 <input type="checkbox"/> 自宅で高齢者のみ世帯 <input type="checkbox"/> 自宅で家族と同居(□日中独居 □日中の見守り・介護がある)				
	<input type="checkbox"/> 施設等 (□特養 □老健 □住宅型有料 □介護付有料 □ケアハウス □その他)				
	施設名:		電話:		
	備考:				
緊急連絡先①	氏名 <input type="checkbox"/> キーパーソン	年齢	続柄	住所・連絡先	備考
				() -	
緊急連絡先②	氏名 <input type="checkbox"/> キーパーソン	年齢	続柄	住所・連絡先	備考
				() -	
住環境	一戸建・集合住宅 [階] 住環境上の問題 無・有()				
生活保護	無・有 担当者() 身障手帳等 無・有(身体・知的・精神・特疾) 内容・等級:				

現在受診中の病院・医院等

① かかりつけ医:	② 医師名:	③ 医師名:
--------------	-----------	-----------

ADL情報(月 日現在) ※①自立②見守り③一部介助④全介助

服薬					家族図
排泄	日中	トイレ・尿器・PTイレ・リハパン・オムツ	尿意(無・有)		
	夜間	トイレ・尿器・PTイレ・リハパン・オムツ	便意(無・有)		
食事摂取	形態	主(普通・軟飯・粥食) 副(普通・刻み・ミキサー)・ペースト・トロミ 経管栄養等()			
歩行	手段	独歩・杖・歩行器・シルバーカー・車椅子			
コミュニケーション	視力・聴力・発語等:				
認知症	①有無: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ②専門医受診: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ③BPSD: <input type="checkbox"/> 幻視幻聴 <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"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 性的問題行動 <input type="checkbox"/> 他:				

介護保険情報

利用中の介護保険サービス等

<input type="checkbox"/> 認定有 <input type="checkbox"/> 申請中・区変中(/ 付)		事業対象者	<input type="checkbox"/> 訪問介護(/週) <input type="checkbox"/> 訪問看護(/週) <input type="checkbox"/> 訪問リハ(/週)	
要支援 1 2	要介護 1 2 3 4 5		<input type="checkbox"/> 通所介護(/週) <input type="checkbox"/> 通所リハ(/週) <input type="checkbox"/> 短期入所()	
有効期間	年 月 日～ 年 月 日		<input type="checkbox"/> 福祉用具貸与() <input type="checkbox"/> 住宅改修 無・有	
負担限度額申請	未・済(段階)	備考		

特記事項

退院に向けてのお願い

- 1) 退院が決まり次第、ご連絡をお願いします。
- 2) 必要時、退院時カンファレンスへ御協力をお願いします。
- 3) 退院時、サマリー等の情報提供をお願いします

事業所名	
担当ケアマネジャー等	
電話番号	() -
FAX番号	() -

入院時連携シート(居宅介護支援事業所・地域包括→病院・診療所)

〇〇病院 医療福祉相談室 〇〇様

作成日 2017年9月19日

以下の情報は、利用者本人及び家族の同意に基づき提供しています。 ※別添資料 無 有: ケアプラン・フェースシート

基本情報

フリガナ	まつさか はなこ		〒	515 - 〇〇〇〇		男	明治 天正 昭和
氏名	松阪 花子		住所	松阪市〇〇町〇〇〇〇番地〇		女	〇年 〇月 〇日生(〇歳)
入院前の状況	<input type="checkbox"/> 自宅で独居 <input type="checkbox"/> 自宅で高齢者のみ世帯 <input type="checkbox"/> 自宅で家族と同居(〇日中独居 〇日中の見守り・介護がある) <input checked="" type="checkbox"/> 施設等(<input type="checkbox"/> 特養 <input type="checkbox"/> 老健 <input checked="" type="checkbox"/> 住宅型有料 <input type="checkbox"/> 介護付有料 <input type="checkbox"/> ケアハウス <input type="checkbox"/> その他)						
	施設名: 住宅型有料老人ホーム 〇〇ハウス				電話: 0598-〇〇-〇〇〇〇		
	備考: 夫と死別して独居となられたため、平成〇〇年〇月から現施設に入居されています。						
緊急連絡先①	氏名	<input checked="" type="checkbox"/> キーパーソン	年齢	続柄	住所・連絡先	備考	健康状態は良好。8:30~17:15まで就業中の為、連絡は時間外または12~13時に携帯へお願いします。本人との関係性も良好で、週に1度は面会に来られます。
	松阪 太郎		65	長男	多気郡〇〇町〇〇〇〇番地〇 (090)〇〇〇〇-〇〇〇〇		
緊急連絡先②	氏名	<input type="checkbox"/> キーパーソン	年齢	続柄	住所・連絡先	備考	健康状態は良好。介護施設で看護師をしているため、本人がとても頼りにしている存在です。携帯は持っておられません。
	多気 花代		63	長女	大阪市〇区〇丁目〇番地〇 (06)〇〇〇-〇〇〇〇		
住環境	一戸建 集合住宅 [3 階] 住環境上の問題 無・有()						
生活保護	無・有 担当者() 身障手帳等 無・有(身体・知的・精神・特疾) 内容・等級:						

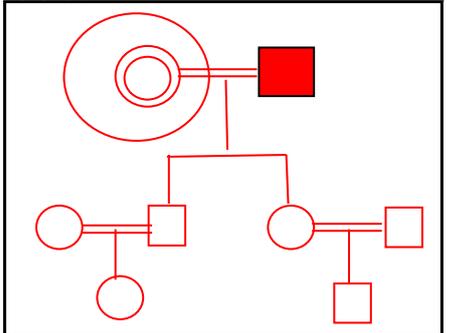
現在受診中の病院・医院等

① 〇〇内科クリニック	② 〇〇総合病院 〇〇科	③ 〇〇歯科医院
かかりつけ医: 院長 〇〇 〇〇先生	医師名: 〇〇 〇〇先生	医師名: 院長 〇〇 〇〇先生

ADL情報(9月18日現在) ※①自立②見守り③一部介助④全介助

服薬	③一部介助 飲み込み確認を確実にする必要があります。	
排泄	日中	トイレ・尿器・トイレ・リハビリ・オムツ
	夜間	トイレ・尿器・トイレ・リハビリ・オムツ
食事摂取	②見守り	形態 主(普通・軟飯・粥食) 副(普通・刻み・ミキサー)・ペースト・トロミ 経管栄養等()
歩行	②見守り	手段 独歩・杖・歩行器・シルバーカー・車椅子
コミュニケーション	視力・聴力・発語等: 強度の難聴がありますが、補聴器は嫌がるため使用していません。	
認知症	①有無: <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 ②専門医受診: <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 ③BPSD: <input type="checkbox"/> 幻視幻聴 <input checked="" type="checkbox"/> 妄想 <input checked="" type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴行 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 性的問題行動 <input type="checkbox"/> 他:	

家族図



介護保険情報

利用中の介護保険サービス等

<input checked="" type="checkbox"/> 認定有 <input type="checkbox"/> 申請中・区変中(/ 付)	事業対象者	<input checked="" type="checkbox"/> 訪問介護(7/週) <input type="checkbox"/> 訪問看護(/週) <input type="checkbox"/> 訪問リハ(/週)
要支援 1 2	要介護 1 2 3 4 5	<input type="checkbox"/> 通所介護(/週) <input checked="" type="checkbox"/> 通所リハ(2/週) <input type="checkbox"/> 短期入所()
有効期間	H27年10月1日~29年9月30日	<input checked="" type="checkbox"/> 福祉用具貸与(特殊寝台) <input type="checkbox"/> 住宅改修 無・有
負担限度額申請	未済(2段階)	備考 かかりつけ医による訪問診察を月1回受けています。

特記事項

薬を飲ませた後も口の中に残っていることがあり、吐きだしてしまうことがあります。飲み込み確認を確実に行ってください。また、夕方から夜間にかけて認知症状の悪化傾向がみられます。退院時には、看護サマリーに加えて、口腔サマリーとリハサマリーの提供もお願いします。

退院に向けてのお願い

- 退院が決まり次第、ご連絡をお願いします。
- 必要時、退院時カンファレンスへ御協力をお願いします。
- 退院時、サマリー等の情報提供をお願いします

事業所名	〇〇居宅介護支援事業所
担当ケアマネジャー等	〇〇 〇〇
電話番号	(0598) 〇〇 - 〇〇〇〇
FAX番号	(0598) 〇〇 - 〇〇〇〇