|  |
| --- |
| **連携時(□入院時□退院時□その他)情報共有シート**記載日(今回)　　 年　　 月　　日記載日(前回)　　 年　　 月　　日2019年11月改訂 |
| **フリガナ** |  | **ID：** |
| **本人氏名** | [ ] 男　[ ] 女 | **生年月日（西 暦）**　年　　 月　　 日（　　　才） |
| **本人現住所** | 〒　　　　 － | [ ] 独居[ ] 日中独居[ ] 高齢者のみの世帯[ ] その他(　　　　　　　　　　 ) |
| **TEL** | 自宅 (　　　　　)　　　　 － | 携帯 (　　　　　)　　　　　　－ |
| **入院・入所期間** | 年　 　　 月　　　　日 **～** 　 　　 年　　　 　月　　　　日 |
| **施設・事業所****医療機関名** |  | **記載者名** | 職種＊このシートは患者、家族の同意を得て提供しています　1/2 |
| **施設・事業所****医療機関住所** | 〒 　　　－ 　　　　　　　　　　　　　 TEL (　　　 )　　　 ―　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 FAX (　　　 )　　　 ― |
| **連絡先①****(キーパーソン)**[ ] **未確認** | 氏名：[ ] 配偶者 [ ] 子 [ ] 兄弟姉妹 [ ] 親 [ ] その他(　　　　　　　) | **本人の家族構成**主介護者(　　　　　　　　　　　 ) |
| 自宅(　　 )　　 －　　　　携帯(　　 )　　　－ |
| **介護者** | **健康状態** | [ ] 不明 [ ] 良 [ ] 普通 [ ] 不良 病名等( 　　) |
| **介護力** | [ ] 不明 [ ] 十分 [ ] 普通 [ ] やや不安 [ ] 期待できない | **本人の既往歴** 　 [ ] 未確認 [ ] なし ・・・・例：2017年7月　心筋梗塞 |
| **本人との****関係性** | [ ] 良 [ ] 普通 [ ] 不良　 特記事項（　　　　　 　 　　　） |
| **連絡先②****□未確認** | 氏名：[ ] 配偶者 [ ] 子 [ ] 兄弟姉妹 [ ] 親 [ ] その他(　　　　　　　) |
| 自宅(　　 )　　　－　　　　携帯(　　 )　　　－ |
| **介護者** | **健康状態** | [ ] 不明 [ ] 良 [ ] 普通 [ ] 不良　病名等(　　　　　　　　　 　) |
| **介護力** | [ ] 不明 [ ] 十分 [ ] 普通 [ ] やや不安 [ ] 期待できない |
| **本人との****関係性** | □良 □普通 □不良　特記事項　　　　　 　 　 　　） |
| **患者経済状況****□未確認** | [ ] 年金生活 [ ] 生活保護 [ ] 現在就業中 [ ] その他( 　 )・今の経済状態　 [ ] 余裕あり [ ] 普通 [ ] あまり余裕がない [ ] 困窮 |
| **介護保険**＊分かる部分のみ記入 | [ ] 総合事業対象者　　・要支援( [ ] 1　 [ ] 2 )　　・要介護( [ ] 1　 [ ] 2　 [ ] 3　 [ ] 4　 [ ] 5 )[ ] 未申請 [ ] 新規申請中　　 　 [ ] 区分変更中　　　　　　　　　有効期間　　 　年　　月　　日～　　 年　　 月　　 日 ・自己負担割合( [ ] 1割 [ ] 2割 [ ] 3割 ) |
| **サービス利用**[ ] 未確認[ ] なし[ ] 利用予定 | [ ] デイサービス(　　 回／週)　 [ ] 訪問介護(　　回／週)[ ] 訪問看護(　　回／週) 事業所名( )[ ] 通所リハ(　　回／週) 　　 [ ] 訪問リハ(　　回／週)[ ] ショートステイ(　　日／月)　 [ ] 訪問入浴(　　回／週)　[ ] その他のサービス(　　　　　　　　　　　　　　　　　) | **福祉用具：** [ ] ベッド [ ] エアマット[ ] 車椅子　 [ ] 歩行器　 [ ] 手すり[ ] シャワーチェア [ ] ポータブルトイレ[ ] その他(　　　　　　　　　　　　)**住宅改修：** [ ] あり　 [ ] なし |
| **特記事項** |  |  |
| **かかりつけ医**[ ] 未確認[ ] なし | 医療機関名(　　　　　　　　 ) 診療科(　　　　　　　 )主治医名(　　　　　　　　　)　・訪問診療 [ ] あり [ ] なし | TEL (　　　)　　　 －FAX (　　　)　　　 － |
| **医療処置****□未確認****□なし** | ・中心静脈栄養(ポート[ ] あり[ ] なし)　・経管栄養( [ ] 経鼻　 [ ] 胃ろう　 [ ] 腸ろう) [ ] 点滴・注射[ ] 人工呼吸器(NPPV含む)　[ ] 吸引　[ ] 在宅酸素療法(　　L/分)　[ ] 尿道カテーテル　[ ] 自己導尿　[ ] 腎ろう　・ストマケア([ ] 自己　[ ] 家族　[ ] 看護師)　[ ] 褥瘡処置　[ ] フットケア　[ ] 人工透析通院[ ] がん性疼痛管理(医療用麻薬)　[ ] 血糖測定　[ ] インスリン注射 [ ] その他(　　　　　　　　　 　 ) |
| **ADL** | [ ] 自立(交通機関を利用して外出)　 [ ] ほぼ自立(近隣なら外出可能)　 [ ] 準寝たきり(外出には介助が　　必要、日中は寝たり起きたり)　 [ ] 寝たきり1 ( 車椅子移動 )　 [ ] 寝たきり2 ( ストレッチャー移動 )　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| **日常生活状況**＊分かる部分のみ記入 | **食事** | [ ] 自立 [ ] セッティング [ ] 見守り [ ] 一部介助 [ ] 全介助　 食事時のむせ ([ ] あり[ ] なし) |
| [ ] 普通食　 [ ] おにぎり　 [ ] 軟飯　 [ ] きざみ　 [ ] ミキサー　 [ ] とろみ　 [ ] 経管 |
| **服薬管理** | [ ] 可能 　・困難 [ ] 飲み忘れ　 [ ] 飲み過ぎ　 [ ] その他( ) |
| **排泄** | [ ] 自立　[ ] 見守り [ ] 一部介助　[ ] 全介助 | [ ] 紙おむつ　 [ ] 紙パンツ　 [ ] 尿器　[ ] 尿道カテーテル　　[ ] 自己導尿　 [ ] 腎ろう |
| ・排泄感覚　([ ] あり　[ ] なし)　 [ ] トイレ　 [ ] ポータブルトイレ　[ ] ストマ |
| **移動** | [ ] 自立　[ ] 見守り [ ] 一部介助　[ ] 全介助 |
| [ ] 杖　 [ ] 歩行器 [ ] 車椅子　[ ] その他( 　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　 )　　　　　　　　　　 |
| **清潔** | [ ] 自立　[ ] 見守り [ ] 一部介助　[ ] 全介助 |
| [ ] デイ･施設 [ ] 訪問入浴 [ ] 訪問介護 [ ] 訪問看護  | [ ] 入浴 [ ] シャワー [ ] 清拭 |
| **更衣** | [ ] 自立　[ ] 見守り [ ] 一部介助　[ ] 全介助 |
| **口腔ケア** | [ ] 自立　[ ] 見守り [ ] 一部介助　[ ] 全介助　[ ] していない |
| **特記事項** |  |
| **身体状況**＊分かる部分のみ記入 | **麻痺** | [ ] 右上肢 [ ] 左上肢 [ ] 右下肢 [ ] 左下肢 | **発語** | [ ] 正常 [ ] 失語症　[ ] 構音障害 |
| **視覚** | [ ] ふつう [ ] 1m先可 [ ] 目の前可[ ] ほぼ見えない | **意思疎通** | [ ] 正常 [ ] やや困難 [ ] 困難 |
| **聴覚** | ・右([ ] 正常 [ ] 大声でOK [ ] ほとんど聞こえない) ・左([ ] 正常 [ ] 大声でOK [ ] ほとんど聞こえない) |
| **義歯** | ・あり ( [ ] 部分義歯 [ ] 総義歯 ) [ ] なし | **障がい者手帳** | [ ] あり [ ] なし [ ] 申請中 |
| **認知症**および**精神疾患** | 認知症高齢者の日常生活自立度 | [ ] 自立　　・ランク [ ] Ⅰ　[ ] Ⅱ　[ ] Ⅲ　[ ] Ⅳ　[ ] M |
| ・認知症の周辺症状 ( BPSD )　[ ] あり ( ※下記より 複数選択可 )　　 [ ] なし　[ ] 介護への抵抗 [ ] 暴力・暴言　[ ] 徘徊　[ ] 被害妄想　[ ] 不潔行為　[ ] その他(　 　 )　 |
| [ ] 専門医の診断あり→病名(　　　　　　　　　　 　 　)医療機関名( 　　　　　 　　 　) 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 [ ] 専門医の診断なし→理由[ ] 受診拒否[ ] 家族が非協力[ ] 主治医が認知症薬を処方[ ] その他(　　 )　 |
| **特記事項** |  |
| **病名告知(本人)** | ・病名告知([ ] 受けている[ ] 受けていない[ ] 不明) ・予後告知([ ] 受けている[ ] 受けていない[ ] 不明) |
| **今後の方針****本人の****価値観と希望** | **「人生会議（ACP）」( 人生の最終段階における医療・ケアについて、家族等や医療ケアチームと繰り返し話し合う取り組み ) について**[ ] おこなった　[ ] おこないたい　[ ] おこなっていない　[ ] おこなえない･おこなっていない、おこなえない理由：[ ] 死に関連する話がしづらい [ ]  本人が話し合える　状況にない 　 [ ] 話し合える家族関係ではない　 [ ] 事前指示書等のみ実施している　 [ ] よく分からない　 [ ] その他(　　　　 　　 ) |
| [ ] 単なる延命ではない治療や処置はして欲しい　[ ] 痛みやつらさの軽減のみをしてほしい[ ] できるだけの延命処置をしてほしい　[ ] すべての治療やケアを受けたくない　[ ] 分からない・施設希望([ ] 決定済[ ] 選定中) ・入院希望([ ] 病院[ ] 緩和) [ ] 転院希望 [ ] 在宅希望 [ ] 検討中 [ ] 不明・本人の思い([ ] 在宅[ ] 施設[ ] 迷っている[ ] 不明)　　・家族の思い([ ] 在宅[ ] 施設[ ] 迷っている[ ] 不明) |
| **特記すべき事項** | **・指定難病 (**[ ] **あり** [ ] **なし)**＊このシートは患者、家族の同意を得て提供しています　2/2 |