|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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 | | | | | | | | | | |