|  |
| --- |
| **連携時(**[ ] **入院時**[ ] **退院時**[ ] **その他)情報共有シート** |
| **フリガナ** |  | **ID** |
| **本人氏名** | [ ] 男　[ ] 女 | **生年月日** |
| 　　　　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(　　　　　)　　　　－ |
| [ ] **入院期間**[ ] **在宅期間** | 　　　年　月　日～　　　　年　月　日 | **記載日**(今回)**記載日**(前回) | 年　　月　　日　　　　　年　　月　　日　　[ ] 不明 |
| **施設・事業所****医療機関名** |  | **記載者名** |  |
| **施設・事業所****医療機関住所** | 〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 | TEL(　　　　　)　　　－FAX(　　　　　)　　　－ |
| **連絡先順1****(キーパーソン)**[ ] なし [ ] あり | 氏名[ ] 男　[ ] 女 | **家族構成**主介護者 |
| 自宅(　　 )　　　－　　　　携帯(　　 )　　　－ |
| **続柄** | [ ] 配偶者 [ ] 子 [ ] 兄弟姉妹 [ ] 親 [ ] その他(　　　　　　　) |
| **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 | **既往歴** 　[ ] 未確認 [ ] なし [ ] 下記・・・・例：2017年7月　心筋梗塞 |
| **関係性** | [ ] 不明(　　　　　　　　　　　　　　)[ ] 良 [ ] 普通 [ ] 不良 |
| **連絡先順2**[ ] なし [ ] あり | 氏名[ ] 男　[ ] 女 |
| 自宅(　　 )　　　－　　　　携帯(　　 )　　　－ |
| **続柄** | [ ] 配偶者 [ ] 子 [ ] 兄弟姉妹 [ ] 親 [ ] その他( ) |
| **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 |
| **関係性** | [ ] 不明(　　　　　　　　　　　　　　)[ ] 良 [ ] 普通 [ ] 不良 |
| **患者経済状況**[ ] 未確認 | [ ] 生活保護 [ ] 年金生活 [ ] 現在就業中 [ ] その他( )経済状態　[ ] 不明 [ ] 余裕あり [ ] 普通 [ ] あまり余裕がない [ ] 困窮 |
| **介護保険** | 総合事業[ ] 　要支援([ ] １[ ] ２)要介護([ ] １[ ] ２[ ] ３[ ] ４[ ] ５)　[ ] 申請中 [ ] 区分変更中 [ ] 未申請有効期間[ ] 不明　　　年　月　日～　　　年　月　日　自己負担割合([ ] 不明 [ ] 1割 [ ] 2割　[ ] 3割) |
| **特定疾患** | [ ] 不明　[ ] なし　[ ] 申請中　[ ] 取得済み　病名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ） |
| **サービス利用**[ ] 未確認[ ] なし[ ] 入院前実施[ ] 退院後予定 | [ ] デイサービス(　　 回／週)　 [ ] 訪問入浴(　　回／週)[ ] リハビリ([ ] 通所 [ ] 訪問)(　　回／週) [ ] 訪問介護(　　回／週)　 [ ] ショートステイ(　　日／月)　　　　　　[ ] 訪問看護(　　回／週)　事業所名( )[ ] 訪問診療(　　回／月)　[ ] 医療機関名(　　　　　　　　　 ) | **福祉用具・住宅改修**[ ] 不要[ ] 必要(下記)＊利用中も要検討もチェック[ ] ベッド [ ] 褥創予防マット[ ] 車椅子　[ ] 歩行器 [ ] ポータブルトイレ　　　[ ] 手すり [ ] 段差 |
| **特記事項** | [ ] その他(　　　　　　　　　　 ) |
| **かかりつけ医1**[ ] なし[ ] あり | 医療機関名(　　　　　　　　　　)　訪問診療 [ ] なし[ ] あり主治医名(　　　　　　　　　)　診療科(　　　　　　　　 ) | TEL(　　　　)　　　 －FAX(　　　　)　　　 － |
| **かかりつけ医2**[ ] なし[ ] あり | 医療機関名(　　　　　　　　　　)　訪問診療 [ ] なし[ ] あり主治医名(　　　　　　　　　)　診療科(　　　　　　　　 )　＊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 | TEL(　　　　)　　　 －FAX(　　　　)　　　 － |
| **医療処置**[ ] なし[ ] あり[ ] 未確認 | [ ] 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)　[ ] 褥創処置　[ ] フットケア　[ ] 人工透析通院[ ] 中心静脈栄養(ポート造設日　　月　　日)　[ ] 経管栄養([ ] 経鼻　[ ] 胃ろう　[ ] 腸ろう)　[ ] 点滴・注射　[ ] がん性疼痛管理(医療用麻薬)　[ ] 血糖測定　[ ] インシュリン注射[ ] その他(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) |
| **ADL**[ ] 未確認 | [ ] 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(車椅子座位可能)　[ ] 寝たきり2(常時ベッド上)　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| **日常生活状況**確認日時年　月　日[ ] 未確認 | **食事****栄養****内服** | [ ] 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　[ ] おかゆ　[ ] 軟飯　[ ] おにぎり　[ ] とろみ　[ ] ミキサー　[ ] きざみ[ ] 経管([ ] 経鼻 [ ] 胃ろう [ ] 腸ろう)　[ ] 中心静脈(ポート[ ] なし [ ] あり)[ ] 内服自己管理([ ] 可能 [ ] 困難) |
| **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 |
| [ ] 尿意([ ] なし　[ ] あり)　[ ] 便意([ ] なし　[ ] あり)　[ ] 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・シルバーカー　[ ] 車椅子　[ ] その他(　　　　　　　　　　　　　　 )　　　　　　　　　　 |
| **清潔** | [ ] 自立　 [ ] 見守り [ ] 一部介助　 [ ] 全介助 |
| [ ] デイ [ ] 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** | [ ] 介助なし　 [ ] 一部介助　 [ ] 全介助　 [ ] されていない |
| **特記事項** |  |
| **身体状況**[ ] 未確認 | **麻痺** | [ ] 右上肢 [ ] 左上肢 [ ] 右下肢 [ ] 左下肢 | **視覚** | [ ] 正常 [ ] 眼鏡使用 [ ] 明暗がわかる[ ] 全盲 |
| **言語** | [ ] 正常 [ ] 失語症 [ ] 構音障害 | **意思疎通** | [ ] 正常 [ ] やや困難 [ ] 困難 |
| **聴覚** | 右(□正常 □補聴器使用 □大声でOK □聞こえない)・左(□正常 □補聴器使用 □大声でOK □聞こえない) |
| **義歯** | [ ] なし・あり( [ ] 部分義歯 [ ] 総義歯) | **障がい者手帳** | [ ] なし [ ] 申請中 [ ] 取得済み |
| **認知症**[ ] 未確認 | [ ] なし　[ ] ランクⅠ　[ ] ランクⅡ　[ ] ランクⅢ　[ ] ランクⅣ　[ ] ランクM |
| [ ] 専門医の診断あり(下記)(通院先　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 )病名 [ ] アルツハイマー型 [ ] 脳血管性 [ ] レビー小体型 [ ] 頭側頭型　[ ] その他(　　　　　　　　 )　　　　　　　　　　　　 [ ] 専門医の診断なし→理由[ ] 本人の受診拒否[ ] 家族が受診に非協力[ ] 主治医が認知症薬を処方[ ] 不明 |
| 周辺症状(BPSD)　[ ] なし　[ ] あり(下記)　　[ ] 介護への抵抗 [ ] 暴力・暴言　[ ] 徘徊　[ ] 被害妄想　[ ] 不潔行為　[ ] その他(　　　　　　　　　　 ) |
| **認知症以外の精神疾患**[ ] 未確認 | [ ] なし　[ ] 不明　[ ] 専門医の診断あり(下記)(通院先　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 )　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　[ ] 気分障害([ ] うつ病 [ ] 双極性障害)　[ ] 統合失調症(統合失調症型障害及び妄想性障害)[ ] アルコール依存症　[ ] 不安障害([ ] 神経症性障害[ ] ストレス関連障害及び身体表現性障害)　[ ] 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****(療養場所の希望)**[ ] 未確認 | [ ] 在宅　[ ] 施設([ ] 決定済　[ ] 選定中)　[ ] 入院([ ] 病院　[ ] 緩和)　[ ] 転院　[ ] 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) |
| **特記事項** |  |
| **上記以外の****特記事項** | [ ] 事前指示書等([ ] なし　[ ] あり)　[ ] 本人・家族の思い・こだわり　[ ] 介護上の注意点　[ ] その他 |

　　　　　　　　　　　　　＊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