|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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(１２)要介護(１２３４５)　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