

在宅医療・介護連携シート（苓北版）

 在宅・施設→病院

 在宅・病院→施設

 病院・施設→在宅

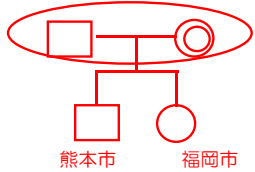
 病院→病院

記入例

【基礎情報】

ふりがな	れいほく はなこ	性別	生年月日						
氏名	苓北 花子	男 <input type="checkbox"/> 女 <input checked="" type="checkbox"/>	明大 昭	×年	×月 ×日 (76歳)				
住所	苓北町×××-〇〇番地		電話	〇〇-××××					
緊急連絡先① (キーパーソン)	苓北 一郎	本人との関係	夫						
		連絡先	自宅	××-××××					
			携帯	×××-××××-××××					
緊急連絡先②	天草 良子	本人との関係	実妹						
		連絡先	自宅	××-××××					
			携帯	×××-××××-××××					
かかりつけ医療機関	〇〇病院		<input checked="" type="checkbox"/> 持家 <input type="checkbox"/> 賃貸(戸建て・集合住宅) 地域の支援者 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有()						
主治医	〇〇〇〇先生		特記： 夫は夕方まで仕事に出るため日中は独り。居室は1階でペット使用。玄関に上がり框のタッチアップレンタル。廊下には手すり設置済み。						
現病歴及び既往歴(手術歴)	発症時期		本人の性格 穏やか 趣味・楽しみ 野菜作り、時代劇鑑賞						
病名：右下葉肺腺癌	H29年9月								
病名：脳梗塞	H29年9月								
病名：転移性骨腫瘍	H30年11月								
病名：			嗜好品 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> たばこ <input type="checkbox"/> アルコール その他()						
内服薬	<input checked="" type="checkbox"/> お薬手帳・薬剤情報等添付あり ※ない場合は記載してください。		身長	155 cm					
			体重	45 kg					
			難聴	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明					
			視力障害	<input type="checkbox"/> 有(<input type="checkbox"/> 食物 <input type="checkbox"/> 薬 <input type="checkbox"/> その他) <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (内容)					
生活保護受給	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	障がい者手帳	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 身体 <input type="checkbox"/> 精神 <input type="checkbox"/> 難病) 内容：						
		原爆手帳	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 その他：						
特定疾患医療受給者証	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()								
障がい高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input checked="" type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2								
認知症高齢者の日常生活自立度	<input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M								
認知症	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (専門医の受診 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有：(病院)								
【介護・福祉サービス等利用状況】									
要介護認定	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 事業対象者 <input checked="" type="checkbox"/> 要支援(1 ②) <input type="checkbox"/> 要介護(1 2)								
有効期間	H31年 3月 26日 ~ R2年 3月 31日								
サービス利用	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 調整中								
		日	月	火	水	木	金	土	その他
	午前								訪問看護
午後			訪問介護(入浴支援)		訪問介護(入浴支援)		訪問介護(入浴支援)		・玄関上がり框タッチアップレンタル ・室内廊下手摺り設置 ・シャワーチェアの購入
担当ケアマネ	事業所名	苓北町地域包括支援センター			電話	35-1289			
	氏名	〇〇 ××		退院カンファレンスへの参加希望			<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有		

入退院歴など記入。



週間以外のサービス利用を記入。

【ADL・IADL】

項目	現在の状況	退院・退所時の状況
食事	<input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 要介助 () むせ: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 形態: <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 軟飯食 <input type="checkbox"/> きざみ食 <input type="checkbox"/> 流動食 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 要介助 むせ: <input type="checkbox"/> 無 形態: <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 流動食
口腔ケア	<input checked="" type="checkbox"/> 自立 () <input type="checkbox"/> 要介助	<input type="checkbox"/> 自立 () <input type="checkbox"/> 要介助
更衣	<input checked="" type="checkbox"/> 自立 () <input type="checkbox"/> 要介助	<input type="checkbox"/> 自立 () <input type="checkbox"/> 要介助
移動	屋内 <input type="checkbox"/> 自立 (杖歩行) <input checked="" type="checkbox"/> 要介助	詳細がわかりにくいとの意見から、自立、要介助に分け、記入欄を広く取りました。詳細を記入。
	屋外 <input type="checkbox"/> 自立 (杖やシルバーカーを利用) <input checked="" type="checkbox"/> 要介助	
移乗	<input checked="" type="checkbox"/> 自立 () <input type="checkbox"/> 要介助	<input type="checkbox"/> 自立 () <input type="checkbox"/> 要介助
入浴	<input type="checkbox"/> 自立 (ヘルパーによる入浴支援) <input checked="" type="checkbox"/> 要介助	<input type="checkbox"/> 自立 () <input type="checkbox"/> 要介助
排泄	<input checked="" type="checkbox"/> 自立 (時々失敗あり) <input type="checkbox"/> 要介助	<input type="checkbox"/> 自立 () <input type="checkbox"/> 要介助
買い物	<input type="checkbox"/> 自立 (欲しい物を夫に頼んで買ってもらう) <input checked="" type="checkbox"/> 要介助	<input type="checkbox"/> 自立 () <input type="checkbox"/> 要介助
調理	<input type="checkbox"/> 自立 (長時間の立位が困難な為簡単な調理のみ。差し入れが多い。) <input checked="" type="checkbox"/> 要介助	<input type="checkbox"/> 自立 () <input type="checkbox"/> 要介助
掃除	<input type="checkbox"/> 自立 (倦怠感強く出来ていない) <input checked="" type="checkbox"/> 要介助	<input type="checkbox"/> 自立 () <input type="checkbox"/> 要介助
洗濯	<input type="checkbox"/> 自立 (洗濯機の操作はできるが干したり取り込んだりは夫) <input checked="" type="checkbox"/> 要介助	<input type="checkbox"/> 自立 () <input type="checkbox"/> 要介助
薬の管理	<input type="checkbox"/> 自立 (抗がん剤内服中のため状態観察を含め訪問看護支援有り) <input checked="" type="checkbox"/> 要介助	<input type="checkbox"/> 自立 () <input type="checkbox"/> 要介助
金銭管理	<input checked="" type="checkbox"/> 自立 () <input type="checkbox"/> 要介助	<input type="checkbox"/> 自立 () <input type="checkbox"/> 要介助
認知症状	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()
その他特記事項		
本人・家族の思い(退院・退所後の意向)	(本人) ヘルパーや訪問看護の支援をうけながら出来るだけ自宅で生活がしたい (夫) 介護が出来ないので病院か施設に入って欲しい	
情報提供日	R〇年 〇月 〇日	年 月 日
情報提供者	医療機関・事業所名	医療機関・事業所名
	所属・担当	所属・担当
個人情報使用同意	本シートの作成と活用にあたり、本人または家族に個人情報使用についての同意あり	

退院時、病院側(相談員 Or 病棟Ns)が記入し返送。

詳細がわかりにくいとの意見から、自立、要介助に分け、記入欄を広く取りました。詳細を記入。

看護サマリー添付 無 有

苓北町多職種合同カンファレンスチーム作成 (事務局：苓北町地域包括支援センター)