

# 龍ヶ崎市医療介護連携シート

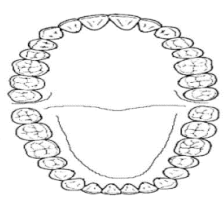
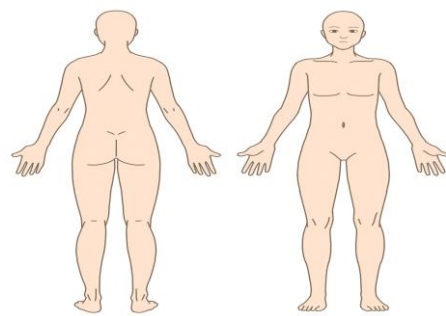
(表面)

情報提供日 年 月 日

情報提供先		記入者(事業所名・氏名・電話番号)			
ふりがな		性別	生年月日		年齢
利用者名		男・女	明治・大正・昭和	年 月 日	
住所	〒			電話番号	
緊急連絡先	氏名	続柄	住所	電話番号	特記事項
家族構成図			家族の介護状況・特記事項 ①キーパーソン(氏名 続柄 ) ②主介護者(氏名 続柄 ) ③代理意思決定者(氏名 続柄 )		問題点 <input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 日中独居 <input type="checkbox"/> 老々世帯 <input type="checkbox"/> 経済事情 <input type="checkbox"/> 介護負担 <input type="checkbox"/> 家族関係 <input type="checkbox"/> 本人の理解力 <input type="checkbox"/> 家族の理解力 <input type="checkbox"/> 虐待疑い
生活歴					
医療保険	自己負担割合 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割				
経済状況	<input type="checkbox"/> 老齢年金 <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 特別障害者手当 <input type="checkbox"/> その他 ( )				
公費負担など	<input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 指定難病( ) <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳( 級) <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳				
介護保険	申請状況	未申請 ・ 申請中 ・ 認定済 有効期限 年 月 日 ~ 年 月 日			
	要介護状態区分	要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5 その他( )			
	負担割合	<input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割 介護保険負担限度額 <input type="checkbox"/> 第4段階 <input type="checkbox"/> 第3段階 <input type="checkbox"/> 第2段階 <input type="checkbox"/> 第1段階			
	総合事業 <input type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/> 該当 (訪問型サービス・通所型サービス・その他の生活支援サービス)				
かかりつけ情報 (医師、歯科、薬局)	主病名		医療機関名等		診療科目・主治医等
					頻度
介護サービス・事業所	訪問	<input type="checkbox"/> 介護 ( /週 ) <input type="checkbox"/> 入浴 ( /週 )		<input type="checkbox"/> リハビリ ( /週 ) <input type="checkbox"/> 看護 ( /週 )	
	通所	<input type="checkbox"/> 介護 ( /週 )		<input type="checkbox"/> リハビリ ( /週 )	
	短期入所	<input type="checkbox"/> 生活介護 ( /週 )		<input type="checkbox"/> 療養介護 ( /週 )	
	福祉用具	<input type="checkbox"/> 福祉用具貸与 ( )		<input type="checkbox"/> 特定福祉用具販売 ( )	
障害サービス等					
その他福祉サービス等					
既往		病状・経過など		人生の最終段階の希望 (療養先・治療など)	
身長	cm	アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( )		
体重	kg	感染症	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( )		
入院(予定)日	年 月 日 ・ <input type="checkbox"/> 未定		カンファレンス開催	<input type="checkbox"/> 必要 (日程 )	
退院(予定)日	年 月 日 ・ <input type="checkbox"/> 未定			<input type="checkbox"/> 不要	
急変時の連絡医療機関	<input type="checkbox"/> あり (施設名・担当者)		☎		
	<input type="checkbox"/> なし				

# 龍ヶ崎市医療介護連携シート

(裏面)

特別な医療		<input type="checkbox"/> 前回診療より変化なし	
<input type="checkbox"/> 疼痛の管理	<input type="checkbox"/> 褥瘡の処置	<input type="checkbox"/> ストーマの処置	<input type="checkbox"/> 留置カテーテル ( サイズ 交換 )
<input type="checkbox"/> 点滴の管理	<input type="checkbox"/> 中心静脈栄養	<input type="checkbox"/> 経管栄養 ( 経鼻 胃瘻 腸瘻 サイズ 交換 )	
<input type="checkbox"/> ドレーン ( 部位: )	<input type="checkbox"/> 酸素療法 ( L/min )	<input type="checkbox"/> 吸引器	<input type="checkbox"/> 気管カニューレ ( サイズ )
<input type="checkbox"/> 人工肛門	<input type="checkbox"/> 人工膀胱	<input type="checkbox"/> その他 ( )	
訪問薬剤	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	投薬内容	<input type="checkbox"/> 別紙 <input type="checkbox"/> 不明 <特記事項>
服薬状況	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良 <input type="checkbox"/> 残薬あり		
薬剤管理	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
服薬支援	<input type="checkbox"/> 一包化 <input type="checkbox"/> 粉碎	<input type="checkbox"/> お薬カレンダー	<input type="checkbox"/> 配薬BOX <input type="checkbox"/> 薬袋 <input type="checkbox"/> その他 ( )
歯科口腔の状態		病変の部位・状況等を記入	
口腔衛生状態	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良		
口臭	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
義歯の使用	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (部分床 : 上・下) (全部 : 上・下) <input type="checkbox"/> 不使用		
頬・上あご・粘膜・舌の異常や変化 ( 図に直接記入 )			
口腔ケア	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	うがい	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない
日常生活の状況 【評価日 H 年 月 日】		特記事項・制限など	
基本動作	寝返り	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	<運動障害など> 麻痺 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (程度 部位 ) 拘縮 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (程度 部位 ) 褥瘡 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (程度 部位 ) 
	起上がり	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
	座位保持	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
立上がり	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
立位保持	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
移乗	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 手引き <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> シルバーカー <input type="checkbox"/> 車いす ( 自走・介助 ) <input type="checkbox"/> ストレッチャー		
<独自の方法・転倒危険・住宅改修の必要性など>			
認知機能	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> あり	<詳細情報>	
	周辺症状 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		
視力	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> あり ( 右・左 )	<程度・コミュニケーション方法など>	
聴力	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> あり ( 右・左 )		
言葉の問題	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> あり ( <input type="checkbox"/> 言語障害 <input type="checkbox"/> 認知症 )		
食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	むせこみ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
主食	<input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 粥 <input type="checkbox"/> ペースト	制限 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( kcal ) 塩分 ( g )	
副食	<input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 一口大 <input type="checkbox"/> ペースト	水分 ( ) mlまで その他 ( )	
量	<input type="checkbox"/> 多い <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 少ない	<注意点や経管栄養の内容など>	
とろみ	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
経管栄養	<input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 腸ろう		
排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	尿意	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ホータブル <input type="checkbox"/> パット <input type="checkbox"/> リハビリ <input type="checkbox"/> オムツ	便意	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	( 日中・夜間 ) ( 日中・夜間 ) ( 日中・夜間 ) ( 日中・夜間 ) ( 日中・夜間 )	下剤使用	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
<留置カテーテル・ストマ・頻尿など>			
入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
整容・更衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
睡眠	<input type="checkbox"/> 良眠 <input type="checkbox"/> 不眠	眠剤の内服	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> 常用
不眠の原因			
日常生活	障害高齢者	自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2	
自立度	認知症高齢者	自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M	
特記事項			
在宅生活上の課題等			