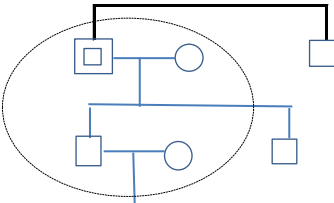


龍ヶ崎市医療介護連携シート(記載例)

(表面)

情報提供日 年 月 日

情報提供先 〇〇医院・クリニック・病院		記入者(事業所名・氏名・電話番号) 〇〇〇〇(職種も記載)			
ふりがな りゅうがさき たろう	性別 男・女	生年月日 明治・大正・昭和 年 月 日	年齢		
利用者名 龍ヶ崎 太郎	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
	龍ヶ崎 花子	妻		000-0000-0000	
	龍ヶ崎 一郎	長男		000-0000-0000	敷地内別居
	龍ヶ崎 次郎	弟		000-0000-0000	近所に住む
家族構成図 		家族の介護状況・特記事項 ①キーパーソン(氏名龍ヶ崎 一郎 続柄 長男) ②主介護者(氏名龍ヶ崎 春子 続柄 嫁) ③代理意思決定者(氏名龍ヶ崎 花子 続柄 妻) 例)主介護者は長男嫁だが、午前中はパート勤務のため不在 例)妻は日中の見守りはできるが、ひざが悪く介護はできない			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
医療保険	自己負担割合 <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割				
経済状況	<input checked="" type="checkbox"/> 高齢年金 <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 checked="" 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	
	慢性心不全	A 病院		月1回受診	
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		投薬内容 <input checked="" type="checkbox"/> 別紙 <input type="checkbox"/> 不明		
大腿骨頸部骨折 80歳 心筋梗塞 75歳	例)15年前に心筋梗塞となり、救急搬送され、カテーテル治療をした。その後たびたび心不全で入院しており、徐々にADLが低下している。		人生の最終段階の希望 (療養先・治療など) 例)心不全が悪くなっても本人は家で最後まで暮らしたい。妻は不安に思っている。		
身長	cm	アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()		
体重	kg	特記事項	<input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 感染症()		
入院(予定)日	年 月 日	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"/> 不要		
急変時の連絡医療機関	<input checked="" type="checkbox"/> あり (施設名・担当者) A 病院		<input type="checkbox"/> なし		
特記事項					

龍ヶ崎市医療介護連携シート(記載例)

(裏面)

特別な医療		<input checked="" 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	〈特記事項〉 薬に対してこだわりが強い	
服薬状況	<input type="checkbox"/> 良 <input checked="" 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 不良 口臭 <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 義歯の使用 <input checked="" 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 (2)回/日(朝・昼・晩・寝る前) <input checked="" type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない			
唾液の分泌が少なく口腔内自浄作用低下。全体的に歯肉腫脹し、奥歯の一部排膿あり。乾燥で炎症が起きやすく、虫歯・歯周病の悪化や口内炎がしやすい。保湿必要。ブラッシング等、介助の際にむせやすいので誤嚥に注意。就寝時義歯は外して休ませること。			
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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (程度 部位) 労作後の息切れが強い
	起上がり	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
移動	立上がり	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	〈独自の方法・転倒危険・住宅改修の必要性など〉
	立位保持	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
移動	移乗	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助	
	移動	<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 checked="" type="checkbox"/> 車いす(自走・介助) <input type="checkbox"/> ストレッチャー	
認知機能	<input type="checkbox"/> 問題なし <input checked="" type="checkbox"/> あり 周辺症状 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	〈詳細情報〉	
視力	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> あり(右・左)	右耳の方が聞こえるが、かなり大きな声でなければ聞こえない	
言葉の問題	<input type="checkbox"/> 問題なし <input checked="" 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> あり 制限 <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (kcal) 塩分(g) 水分()mlまで その他() 〈注意点や経管栄養の内容など〉	
主食	<input type="checkbox"/> 米飯 <input checked="" type="checkbox"/> 粥 <input type="checkbox"/> ペースト		
副食	<input checked="" type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 一口大 <input type="checkbox"/> ペースト		
量	<input type="checkbox"/> 多い <input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 少ない		
とろみ	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <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 checked="" type="checkbox"/> オムツ (日中・夜間) (日中・夜間) (日中・夜間) (日中・夜間) (日中・夜間)	尿意 <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	便意 <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助	下剤使用 <input checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 常用 特記事項		
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			