

はこだて医療・介護連携サマリー【基本ツール】

資料1

情報提供先 施設名称	御中	情報提供先 担当者名	様
---------------	----	---------------	---

● 基本情報等

(フリガナ) 氏名	生年・性別等	生	生活保護	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	障害等認定	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 療育 <input type="checkbox"/> 特定疾患	<input type="checkbox"/> 身障(級) <input type="checkbox"/> 精神(級)
現住所	電話番号						
居住	<input type="checkbox"/> 戸建(階) <input type="checkbox"/> 施設	<input type="checkbox"/> 集合住宅(階) ※エレベータ	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	医療保険種類	<input type="checkbox"/> 健康保険 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 国民健康保険	<input type="checkbox"/> 後期高齢者
要介護度	認定有効期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日	障害高齢者日常生活自立度(寝たきり度)	認知症高齢者日常生活自立度			
同居家族	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 子の配偶者 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> その他()						
連絡先①	続柄	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	電話	関係	<input type="checkbox"/> 主介護者 <input type="checkbox"/> キーパーソン <input type="checkbox"/> その他()		
連絡先②	続柄	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	電話	関係	<input type="checkbox"/> 主介護者 <input type="checkbox"/> キーパーソン <input type="checkbox"/> その他()		

● 医療情報等 *歯科医師等が摂食や口腔ケアに介入されている場合は、応用ツール④を作成下さい。

主病名	医療機関等名称	診療科名等	担当医	受診状況等	*特記
					<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>

*特記☑の付く場合は応用ツール⑩を作成して下さい。

● 身体・生活機能等

		評価日	平成 年 月 日	<input type="checkbox"/> 入院時 <input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 退院時 <input type="checkbox"/> 地域生活期 <input type="checkbox"/> その他()
*起居動作	<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"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> その他()	
麻痺の状況	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度	麻痺の部位	<input type="checkbox"/> 左上肢 <input type="checkbox"/> 右上肢 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 左下肢 <input type="checkbox"/> 右下肢 ()	
視力【日常生活に支障】	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有⇒()	*眼鏡	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
聴力【日常生活に支障】	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有⇒()	*補聴器	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
意思の伝達	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 時々可 <input type="checkbox"/> ほとんど不可 <input type="checkbox"/> 不可	失語症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 不明	
*認知症症状	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 記憶障害 <input type="checkbox"/> 幻覚・妄想 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 抑うつ・不安 <input type="checkbox"/> 暴言・暴力 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> その他()			
食事摂取	*食形態	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> 嚥下障害食 <input type="checkbox"/> ミキサー	水分ロム	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
	*食動作	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	食事・水分制限	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
口腔	*口腔ケア	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	義歯使用	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 要アセスメント
排泄	排尿介助	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	Pトイレ使用	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 夜間 <input type="checkbox"/> 常時
	排便介助	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	オムツ使用	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 夜間 <input type="checkbox"/> 常時
衣服の着脱	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	*服薬管理	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
入浴(保清等)	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			
*特別な医療等	<input type="checkbox"/> 褥瘡 (応用ツール② 作成) <input type="checkbox"/> 皮膚疾患 (応用ツール⑩ 作成) <input type="checkbox"/> 認知症 (応用ツール③ 作成) <input type="checkbox"/> 食事摂取困難 (応用ツール④ 作成) <input type="checkbox"/> 自己腹膜灌流装置 (応用ツール⑤ 作成) <input type="checkbox"/> 透析液供給装置 <input type="checkbox"/> 酸素療法 (応用ツール⑥ 作成) <input type="checkbox"/> 吸引器 <input type="checkbox"/> 輸液ポンプ <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 (応用ツール⑦ 作成) <input type="checkbox"/> 在宅自己注射(インスリン) (応用ツール⑧ 作成) <input type="checkbox"/> 経管栄養 (応用ツール⑨ 作成) <input type="checkbox"/> 留置カテーテル (応用ツール⑩ 作成) <input type="checkbox"/> 自己導尿 (応用ツール⑪ 作成) <input type="checkbox"/> 腎瘻・尿管皮膚瘻 (応用ツール⑫ 作成) <input type="checkbox"/> ドレーン (部位:) <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 (応用ツール⑬ 作成) <input type="checkbox"/> 気管カニューレ (応用ツール⑭ 作成) <input type="checkbox"/> 人工肛門・人工膀胱 (応用ツール⑮ 作成) <input type="checkbox"/> 感染症 (応用ツール⑯ 作成) <input type="checkbox"/> リハビリテーション (リハビリテーションサマリー 作成) <input type="checkbox"/> 癌末期疼痛管理 (応用ツール⑰ 作成) <input type="checkbox"/> その他 (応用ツール⑱ 作成)			
在宅介護サービス等	<input type="checkbox"/> 訪問診療 <input type="checkbox"/> 訪問歯科診療 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 訪問リハ <input type="checkbox"/> 通所サービス <input type="checkbox"/> ショートステイ <input type="checkbox"/> 住宅改修 <input type="checkbox"/> 福祉用具 <input type="checkbox"/> その他()			
*介護上、特に注意すべき点等 (〔有〕の場合応用ツール⑱ 作成)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	*介護・看取りに関する本人・家族の意向等 (〔有〕の場合応用ツール⑱ 作成)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	

*起居動作[自立・見守り]以外は応用ツール⑩を、認知症症状[無]以外は応用ツール③を作成下さい。

*食形態・動作・口腔ケアの項目で[普通・自立]以外を選択した場合は応用ツール④を、服薬管理[自立]以外は応用ツール⑩を作成下さい。

本サマリーの記入者

電話	FAX	記入者	作成日
----	-----	-----	-----

*応用ツール以外の書式を添付する場合は応用ツール①を必ず作成下さい。

はこだて医療・介護連携サマリー【基本ツール②】 在宅⇒病院用

情報提供先 施設名称		御中	情報提供先 担当者名		様
---------------	--	----	---------------	--	---

氏名	
----	--

医療・介護サービス利用状況	週間スケジュール						
	月	火	水	木	金	土	日
	AM						
PM							
備考							

サービス内容	サービス提供事業者・担当者	主なサービス内容等
<input type="checkbox"/> ①訪問診療		
<input type="checkbox"/> ②訪問歯科診療		
<input type="checkbox"/> ③訪問看護		
<input type="checkbox"/> ④訪問介護		
<input type="checkbox"/> ⑤訪問入浴		
<input type="checkbox"/> ⑥訪問リハ		
<input type="checkbox"/> ⑦通所リハビリ		
<input type="checkbox"/> ⑧通所介護		
<input type="checkbox"/> ⑨ショートステイ		
<input type="checkbox"/> ⑩住宅改修		
<input type="checkbox"/> ⑪福祉用具		
<input type="checkbox"/> ⑫他()		
<input type="checkbox"/> ⑬他()		

生育歴・生活歴	
---------	--

家族構成図	□=男性 ○=女性 ◎=本人 KP=キーパーソン	連絡先	氏名	続柄	関係	連絡先
			1			
			(住所)			
			(備考・携帯番号等)			
			就労状態		健康状態	
			2			
			(住所)			
			(備考・携帯番号等)			
			就労状態		健康状態	
			3			
			(住所)			
			(備考・携帯番号等)			
就労状態		健康状態				

本サマリーの記入者	所属名	
電話	FAX	
記入者	作成日	

応用ツール② 褥瘡管理

1. 氏名 _____ 生年月日 _____

2. 治療医療機関 _____ ・ 担当医 _____

3. 自己管理能力（該当するものに☑）

- 1) 自己管理可
- 2) 一部介助
- 3) 全面介助（介助者 _____）
- * 家族等の介助状況⇒ 可能 不完全 不可能
- * 特記事項（ _____ ）

4. 褥瘡① _____ ・ 位置（ _____ ）

- ・ DESIGN-R[®] 褥瘡経過評価
- ・ Depth（深さ） →（ _____ ） Granulation（肉芽組織） →（ _____ ）
- ・ Exudate（滲出液） →（ _____ ） Necrotic tissue（壊死組織） →（ _____ ）
- ・ Size（大きさ） →（ _____ ） Pocket（ポケット） →（ _____ ）
- ・ Inflammation/Infection（炎症／感染） →（ _____ ）
- ・ 現在の使用薬剤および投与量

- ・ 消毒薬・ドレッシング材の種類・数

- ～ 上記薬剤および材料の要継続期間（推定）
- ・ 使用器具・提供数（*バック療法がある場合記載）

- ～ 上記使用器具の要継続期間（推定）
- ・ 褥瘡処置回数 → _____

褥瘡② _____ ・ 位置（ _____ ）

- ・ DESIGN-R[®] 褥瘡経過評価
- ・ Depth（深さ） →（ _____ ） Granulation（肉芽組織） →（ _____ ）
- ・ Exudate（滲出液） →（ _____ ） Necrotic tissue（壊死組織） →（ _____ ）
- ・ Size（大きさ） →（ _____ ） Pocket（ポケット） →（ _____ ）
- ・ Inflammation/Infection（炎症／感染） →（ _____ ）
- ・ 現在の使用薬剤および投与量

- ・ 消毒薬・ドレッシング材の種類・数

- ～ 上記薬剤および材料の要継続期間（推定）
- ・ 使用器具・提供数（*バック療法がある場合記載）

- ～ 上記使用器具の要継続期間（推定）
- ・ 褥瘡処置回数 → _____

5. その他（褥瘡の状態変更時の対応方法等）

作成者 所属 _____ 記入者 _____
 ツール管理者 所属 _____ 氏名 _____

応用ツール③ 認知症管理

1. 氏名 _____ 生年月日 _____

2. 認知症の原因疾患（該当するものに☑）

- ① アルツハイマー型認知症
- ② 脳血管性認知症
- ③ レビー小体型認知症
- ④ 前頭側頭型認知症

3. 認知症の症状（該当するものに☑と下部欄内に詳細記載）

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> ・記憶障害
_____ | <input type="checkbox"/> ・幻覚、妄想
_____ |
| <input type="checkbox"/> ・昼夜逆転
_____ | <input type="checkbox"/> ・介護への抵抗
_____ |
| <input type="checkbox"/> ・抑うつ、不安
_____ | <input type="checkbox"/> ・暴言、暴力
_____ |
| <input type="checkbox"/> ・不潔行為
_____ | <input type="checkbox"/> ・徘徊
_____ |
| <input type="checkbox"/> ・その他
_____ | |

4. 認知症の治療状況

- ・治療医療機関⇒ (_____)
- ・担当医 ⇒ (_____)
- ・内服薬の状況⇒ 有 無
- 有の場合処方内容 ⇒ _____
- ➡ 薬情報添付

5. その他

作成者 所属 _____ 記入者 _____
ツール管理者 所属 _____ 氏名 _____

応用ツール⑤ 自己腹膜灌流管理

1. 氏名 _____ 生年月日 _____

2. 治療医療機関 _____ ・担当医 _____

3. 開始日 _____

4. 自己管理能力 (該当するものに☑)

- 1) 自己管理可
- 2) 一部介助
- 3) 全面介助 (介助者 _____)
- * 家族等の介助状況⇒ 可能 不完全 不可能
- * 特記事項(_____)

5. 透析療法と使用器具等

- 方法: CAPD (持続携行式腹膜透析) APD (自動腹膜透析)
- かぐや
- 接続方法: スタンダード UVフラッシュ つなぐ

CAPD (持続携行式腹膜透析)

回数	時間	透析液	量
1			ml
2			ml
3			ml
4			ml
			ml
	Yセットで排液		

APD (自動腹膜透析)

透析液	量
	個
	個
	個

を用いて

- ・ 総注液量(_____ ml) ・ サイクル数(_____ 回)
- ・ 時 間(_____ ~ _____)
- ・ 最終注液 有 無 ・ 日中バック交換 有 無

6. 消毒薬・衛生材料

- ・ スワブスティック (_____ 本)
- ・ 絆創膏 (_____) ・ ドレッシング剤 (_____)
- ・ 手指消毒剤 (_____)
- ・ その他 (_____)

7. カテーテル感染の既往 (いずれかに☑)

- あり なし

8. 緊急時の対応方法(排液の混濁、カテーテル出口部の発赤、除水量の不足等)

9. その他

作成者 所属 _____ 記入者 _____

ツール管理者 所属 _____ 氏名 _____