

はこだて医療・介護連携サマリー【基本ツール】

資料3

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	年 月 日	障害高齢者日常生活自立度(寝たきり度)	年 月 日	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	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"/> ソフト <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> 流動	水分ロミ	<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(パッド含む)	<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	所属名	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	サービス提供事業所・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	<input type="checkbox"/> =男性 <input type="checkbox"/> =女性 <input type="checkbox"/> =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① 付帯情報管理

【基本ツール】の他に必要情報として以下を添付致します。

1. 氏名 _____ 生年月日 _____

2. 情報提供時に添付する書類 (該当するものに☑)

① 診療情報提供書

枚数 () 枚

備考 ⇒

[Empty text box for notes]

② 看護サマリー

枚数 () 枚

備考 ⇒

[Empty text box for notes]

③ リハビリテーションサマリー

枚数 () 枚

備考 ⇒

[Empty text box for notes]

④ フェイスシート

枚数 () 枚

備考 ⇒

[Empty text box for notes]

⑤ その他

文書名 ⇒

枚数 () 枚

備考 ⇒

[Empty text box for notes]

文書名 ⇒

枚数 () 枚

備考 ⇒

[Empty text box for notes]

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

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）

- 記憶障害, 幻覚、妄想, 昼夜逆転, 介護への抵抗, 抑うつ、不安, 暴言、暴力, 不潔行為, 徘徊, 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

Large empty box for additional notes.

作成者 所属 記入者
ツール管理者 所属 氏名

応用ツール④ 食事摂取困難管理

1. 氏名 _____ 生年月日 _____

2. 食事摂取に対しての問題（該当するものに☑）

① 口の中に関する問題

- 入れ歯が合わない むし歯 口内炎等により痛いところがある
- 歯が無いのに入れ歯を使っていない 口臭がある
- 口が渴いた感じ、ねばねばした感じがする

② 食事摂取に関する問題

- 最近3ヶ月間に、食事量が減った
- 最近3ヶ月間に、食事にかかる時間が長くなった
- 最近3ヶ月間に、食形態に変化があった
- 最近3ヶ月間に、3キロ以上体重の減少があった
- 最近1年間に肺炎にかかった

③ 食事中、気になる事

- 食べようとしめない
- 食べこぼしや、うまく噛めないことがある
- 飲み込んだ後に食べ物が口に残っている
- 食事中によくむせる
- 飲み込んだものが逆流することがある
- 不明

④ 食事を摂取しない場合の問題

- * 疾患との関連性 有 無
有の場合の要因(_____)
- * 内服薬の内容との関連性 有 無
有の場合の要因(_____)
- * 拒食の意思表示 有 無

3. 現在の食事摂取カロリー及び量

- * 現在の食事提供カロリー(_____)kcal提供中
- * 現在の食形態
 - 刻み食 軟食 トロミ食 ミキサー食
 - その他 (_____)

* 主食

* 副食

4. 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 _____

応用ツール⑥ 酸素療法管理

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. 使用機器 (該当するものに☑) (提供機関 _____)

- 設置型の場合
- 酸素ボンベ 酸素濃縮装置 液化酸素装置
- 携帯型の場合
- 携帯用酸素ボンベ 携帯型液化酸素装置
- * パルスオキシメーター⇒ 有 無

6. 投与方法 (該当するものに☑)

- 1) 持続
- 2) 間欠
- (_____ 時間/1日 労作時 睡眠時 他→ _____)

3) 酸素吸入量

・ 安静時⇒ _____ L/分 ・ 労作時⇒ _____ L/分 ・ 睡眠時⇒ _____ L/分

* 吸入方法⇒ カニューレ マスク

* SP02変化時の指示⇒ (_____)

7. 緊急時の対応方法(呼吸困難増強時等)

8. 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⑦ 中心静脈栄養法管理

1. 氏名 _____ 生年月日 _____

2. 治療医療機関 _____ ・担当医 _____

3. 初回導入日 _____

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. 使用薬剤・投与量
 薬剤名・投与量 (_____)

6. 投与方法 (該当するものに☑)

- 1) 持続 2) 間欠 (時間/1日 他→ _____)
- * フラッシュ頻度⇒ (_____)
- * 注入速度⇒ (_____ ml/時間)
- * 輸液ポンプの使用 ⇒ 有 無 (_____)
- * 輸液ポンプ貸出機関⇒ (_____)

7. 挿入部に関して (該当するものに☑)

- * 挿入部位⇒ (鎖骨部 _____)
- * ポート カテーテル
- * ロック方法⇒ (_____)
- * 特記事項⇒ (_____)

8. 消毒薬・衛生材料

- ・滅菌綿棒 (_____ 本) ・絆創膏 (_____ 個)
- ・滅菌ガーゼ (_____ 枚× _____ パック) ・酒精綿 (_____)
- ・滅菌フィルム (_____ 枚) ・NSシリンジ (_____ ml _____ 本)
- ・フィルム (_____ 巻) ・へパ生シリンジ (_____ 本)
- ・その他 (_____)

9. 使用器具・交換頻度・提供数

- ・輸液回路 (_____ セット) ・注射器、注射針 (_____ セット)
- ・ヒューバー針 (_____ mm _____ 本) ・連結管 (_____ 本)
- ・エクステンションチューブ (_____ ml _____ 本) ・インジェクションプラグ (_____ 個)
- ・フィルター (_____ 個) ・その他 (_____)

10. 緊急時の対応方法 (滴下不良の場合等)

11. 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⑧ 糖尿病治療管理

1. 氏名 _____ 生年月日 _____

2. 治療医療機関 _____ ・担当医 _____

3. 開始日 _____

4. 経口薬（該当するものに☑）

- 無
- 有 ⇒ 薬剤名(_____) 量(_____)
服用法(_____)
- ・薬剤名(_____) 量(_____)
 服用法(_____)
- ・薬剤名(_____) 量(_____)
 服用法(_____)
- 薬情あり 服用法(_____)

5. 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(_____)

6. インスリン使用の有無

インスリン名・量
朝(_____ ・ _____ 単位) 昼(_____ ・ _____ 単位)
夕(_____ ・ _____ 単位) 就寝(_____ ・ _____ 単位)
投薬時間・タイミング(_____)
その他の指示(_____)

7. 使用器具および提供数

注射器⇒ シリンジ ペン型
針⇒(ペンニードル) (_____ G ・ _____ 本/月)

8. 自己血糖測定器 ⇒ 有 無 （『有』の場合以下記載）
種類(_____) (貸出 ⇒ 有 無) 穿刺器具(_____)
針(_____ 本/月) チップ(_____ 個/月) その他(_____)

9. 消毒薬・衛生材料

- ・カ ッ ト 綿 (_____ 枚× _____ バック) ・酒 精 綿 (_____ 枚× _____ バック)
- ・消 毒 液 (エタノール 他) (_____ ml)
- ・そ の 他 (_____)

10. 緊急時の対応方法（明らかな低血糖発作時等）

11. 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⑨ 経管栄養法管理

1. 氏名 _____ 生年月日 _____

2. 治療医療機関 _____ ・担当医 _____

3. 経口摂取 可 否

4. 開始日 _____

5. 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（ _____ ）

6. 使用栄養剤・注入量（提供機関 _____）（ 処方 自費購入）
 栄養剤名（ _____ ） 1日に必要なカロリー（ _____ kcal）
 栄養量（朝 _____ ml）（昼 _____ ml）（夕 _____ ml）
 ＊ 固形化の場合その方法～
 水分量（朝 _____ ml）（昼 _____ ml）（夕 _____ ml）
 ＊ 注入の順序～
 1回の注入時間（ _____ 分/回）（または _____ ml/時間）
 その他の注入方法（ _____ ）
 ● 上記使用薬剤等変更の可否 可 否

7. 使用器具・交換頻度
 1) 方法 ⇒ 鼻腔 胃瘻 腸瘻 その他（ _____ ）
 チューブ ⇒（種類 _____ 太さ _____ Fr）
 2) 交換頻度⇒（ _____ ） 次回交換予定日（ _____ ）
 3) 交換医療機関 ⇒（ _____ ）

8. 緊急時の対応方法（滴下不良の場合等）

9. 挿入部の処置等

10. 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⑩ 膀胱留置カテーテル管理

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. 使用器具

- ・ 交換用キット (_____ セット)
- ・ 尿道カテーテル 号数 (_____ セット)
- ・ 蓄尿袋 (商品名 _____ ・ _____ 個)
- ・ 固定液 (_____ ml)
- ・ 注射器 (_____ ml ・ _____ 本)

6. 消毒薬・衛生材料

- ・ 滅菌綿棒 (_____ 本) ・ 絆創膏 (_____ 個)
- ・ 消毒液 (_____ ml) ・ 潤滑油 (_____)
- ・ 滅菌手袋 (_____ 個) ・ 滅菌ガーゼ (_____ 枚)
- ・ 滅菌セッシ (_____ 個)

7. カテーテル交換

- ・ 交換頻度 (_____ 週毎)
- ・ 最終交換日 (_____)
- ・ 次回交換予定日 (_____)

8. 緊急時の対応方法 (尿道カテーテル閉塞の場合、感染等)

9. 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⑪ 自己導尿管理

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. 使用器具

- ディスポカテーテル
（・商品名⇒ _____ ・ Fr _____ ・ 本または _____ 箱/日）
- リューザブルカテーテル・再利用型自己導尿用セット
（・商品名⇒ _____ ・ Fr _____ ・ 本または _____ 箱/日）
- 上記を代用するカテーテル類
（・商品名⇒ _____ ・ Fr _____ ・ 本または _____ 箱/日）

6. 消毒薬・衛生材料

- * 潤滑剤⇒ キシロカインゼリー（ _____ 本・個/日）
- 滅菌グリセリン（ _____ 本・個/日）
- * 消毒液⇒ リューザブルカテーテル
（・消毒液名⇒ _____ 本 _____）
- 自己導尿用カテーテルを入れた容器の中を満たすもの
（・消毒液名⇒ _____ 本 _____）

7. 自己導尿回数指示

* 1日（ _____ ）回（ _____ ）時間ごと

8. 自己導尿カテーテルの中を満たす消毒液の交換頻度

*（1回/ _____ 日）

9. 緊急時の対応方法

10. 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⑫ 腎瘻・尿管皮膚瘻管理

1. 氏名 _____ 生年月日 _____

2. 治療医療機関 _____ ・担当医 _____

3. 造設日 _____

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. 使用器具・交換頻度・数量

- ・ カテーテル _____（ _____ ）
- ・ カテーテルチップ _____（ _____ ）
- ・ 集尿装具[パウチ、バッグ等]（提供機関 _____） _____（ _____ ）
- ・ 注射器 _____（ _____ ）
- ・ 注射針 _____（ _____ ）
- ・ 滅菌コップ _____（ _____ ）

6. 消毒薬・衛生材料

- ・ 生理食塩水（ _____ ml）
- ・ ガーゼ（ _____ 枚）
- ・ ガーゼ付絆創膏（ _____ 個）
- ・ テープ（ _____ ）
- ・ 消毒薬（ _____ ）

7. 腎瘻・尿管皮膚瘻カテーテルの洗浄方法

- 1) 回数 ⇒（ _____ ）
- 2) 量 ⇒（ _____ ）
- 3) 手技等 ⇒（ _____ ）

8. 緊急時の対応方法（カテーテルが抜けた、つまった場合、血尿等）

9. 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⑬ 人工呼吸療法管理

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. 使用器具・交換頻度・提供数 (業者名 _____)

	機種・種類・サイズ	個数	交換頻度
人工呼吸器			
人工呼吸器回路			回/週
加湿モジュール			回/週
バクテリア・フィルター			ヶ月毎
外気取入口フィルター			ヶ月毎
気管カニューレ			医師による交換

6. 消毒薬・衛生材料

滅菌綿球	個	吸引チューブ	、	本
滅菌ガーゼ(Yカット)	枚	消毒液(気切用)	、	本
絆創膏	個	生理食塩水	、	本
		滅菌蒸留水	ml	本

7. 人工呼吸器等設定

使用時間	時	分～	時	分まで	
モード		呼気時間	秒	気道内圧下限	cmH2O
1回換気量	ml	呼気流量	L/分	気道内圧上限	cmH2O
呼吸回数	回/分	感度	cmH2O	加湿加湿器設定	
I/E比	1:	秒	気道内圧	酸素量	ml/分

8. 緊急時の対応方法

9. その他 (CPAPを使用している場合はその旨記載下さい。)

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

応用ツール⑭ 気管カニューレ管理

1. 氏名 _____ 生年月日 _____

2. 治療医療機関 _____ ・担当医 _____

3. 造設日 _____

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. 経口摂取 (該当するものに☑)

- 可
- 不可

6. 医療器材

- ・ カニューレの名称 (_____)
- ・ 交換の頻度 (_____ 週に _____ 回)
- ・ カニューレの数 (_____ 本)
- ・ カフ用注射器 (_____ ml _____ 個)

7. 衛生材料

- ・ 滅菌綿棒 (_____ 本)
- ・ 滅菌Yガーゼ (_____ 個)
- ・ 絆創膏 (_____)
- ・ 消毒液 (薬品名: _____ 、 _____ 本)

8. トラブル時の対処

1) カニューレ抜去時の対応方法

2) 呼吸困難時の対応方法

3) 緊急時の対応方法

9. 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⑮ 人工肛門・人工膀胱管理

1.氏名 _____ 生年月日 _____

2.治療医療機関 _____ ・担当医 _____

3.ストーマの種類 ⇒ _____

4.造設日 _____

5.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（ _____ ）

6.使用装具、装具交換状況、装具購入方法（提供機関 _____）

・装具名（ _____ ）

・装具の交換状況（ _____ 回/週、あるいは _____ 日毎に交換）

・その他の使用材料

7.緊急時の対応方法

8.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⑯ 感染に関する管理

1. 氏名 _____ 生年月日 _____

2. 治療医療機関 _____ ・担当医 _____

3. 感染症の罹患について

・ 感染症① (_____)
～ その対策 _____

・ 感染症② (_____)
～ その対策 _____

・ 感染症③ (_____)
～ その対策 _____

4. 緊急時の対応方法(明らかな悪化状態が見られた時等)

5. 感染症に対しての処方状況

6. 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⑰ 緩和ケア情報共有シート (MOPN)

患者氏名			生年月日
年齢	118 歳		
性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		
PS	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4		
予後予測	<input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 1年以上 <input type="checkbox"/> 6か月 <input type="checkbox"/> 2～3か月 <input type="checkbox"/> 1か月未満 <input type="checkbox"/> 1週間未満		
患者の病名・ 症状・治療方針・ 予後などについての 説明への希望	<input type="checkbox"/> 具体的にはっきり知りたい <input type="checkbox"/> よくない情報はあまり詳しく知りたくない <input type="checkbox"/> 知りたくない <input type="checkbox"/> 今は決められない <input type="checkbox"/> その他 []		
患者への病状 説明、受け止め			
患者の希望、 大切にしたいこと (気がかり・不 安)			
家族の病名・ 症状・治療方針・ 予後などについての 説明への希望	<input type="checkbox"/> 具体的にはっきり知りたい <input type="checkbox"/> よくない情報はあまり詳しく知りたくない <input type="checkbox"/> 知りたくない <input type="checkbox"/> 今は決められない <input type="checkbox"/> その他 []		
家族への病状 説明、受け止め	キーパーソン()		
家族の希望、 大切にしたいこと (気がかり・不 安)			
病状が悪化した 時の希望の療養 の場所	<input type="checkbox"/> 自宅で療養したい <input type="checkbox"/> 入院したい <input type="checkbox"/> なるべく自宅で療養して 必要があれば入院したい } <input type="checkbox"/> 今までの病院 <input type="checkbox"/> ホスピス 緩和ケア病棟 <input type="checkbox"/> 今は決められない <input type="checkbox"/> その他 []		
情報提供	<input type="checkbox"/> ホスピス緩和ケア病棟 <input type="checkbox"/> 在宅医療・ケア		
DNAR	<input type="checkbox"/> 確認 <input type="checkbox"/> 確認未		

治療医療機関 _____ ・担当医 _____

作成者 所属 _____ 記入者 _____

ツール管理者 所属 _____ 氏名 _____

応用ツール⑱ 特記事項

基本ツール（及び他の応用ツール）に記載出来なかった必要な内容を情報提供します。

1. 氏名 _____ 生年月日 _____

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