

はこだて医療・介護連携サマリー修正箇所について

【基本ツール①】

はこだて医療・介護連携サマリー【基本ツール】					
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	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 (満 年齢)	生活 保護	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	障害等 認定
現住所	電話番号			<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 身障(級) <input type="checkbox"/> 療育 <input type="checkbox"/> 精神(級) <input type="checkbox"/> 特定疾患()	
居住	<input type="checkbox"/> 戸建(階) <input type="checkbox"/> 集合住宅(階) ※エレベータ <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 施設()			健康保険 <input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 後期高齢者 医療保険種別 <input type="checkbox"/> その他()	
要介護度	① 平成 ～平成	年 月 日	障害高齢者日常生活自 立度(要たきり度)	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②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②を作成して下さい。					
● 身体・生活機能等					
*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	① 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()
					<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行者 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> その他()

①平成を削除。

【全応用ツール】

はこだて医療・介護連携サマリー	記載	① 平成	年	月	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。					

【基本ツール①】

*特記の付く場合は応用ツール表を作成して下さい。

● 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()
*起立動作	<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()						
② *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	水分ロミ		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有			
③ *金動作	<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	PT-IL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	③ 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(保済等)	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助						

②食形態の項目『嚥下障害食』を、『刻み・ソフト・流動』に変更。

③オムツ使用の横に(パッド含む)を追加。

【基本ツール②】

④

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	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	

④関係のプルダウンに『主介護者・KP』を追加。

【応用ツール⑬ 人工呼吸療法管理】

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		⑤	消毒液(回路用)	、	本
			滅菌蒸留水	ml	本

⑤『消毒液（回路用）』を削除。『生理食塩水』を追加。