

はこだて医療・介護連携サマリー【基本ツール】

追加資料

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	生活保護	障害等認定	無 有	無 有	身障(級) 精神(級) 特定疾患( )
現住所	電話番号					
居住	戸建(階) □ 集合住宅(階) ※エレベータ □ 有 □ 無 □ 施設( )	医療保険種類	健康保険 □ 国民健康保険 □ 後期高齢者 □ その他 ( )			
要介護度	認定有効期間 ~ 年 月 日 ~ 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	□ 無 □ 配偶者 □ 子 □ 子の配偶者 □ 兄弟姉妹 □ その他( )					
連絡先①	続柄	同居 □ 別居 □	電話	関係	□ 主介護者 □ キーパーソン □ その他( )	
連絡先②	続柄	同居 □ 別居 □	電話	関係	□ 主介護者 □ キーパーソン □ 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
					□
					□
					□

\*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	令和 年 月 日	入院時 □ 入院中 □ 退院時 □ 地域生活期 □ その他( )
*起居動作	□ 自立 □ 見守り □ 一部介助 □ 全介助	移動	□ 自立 □ 杖 □ 歩行器 □ 車いす □ 介助 □ その他( )	
麻痺の状況	□ 無 □ 軽度 □ 中度 □ 重度	麻痺の部位	□ 左上肢 □ 右上肢 □ その他 □ 左下肢 □ 右下肢 ( )	
視力 [日常生活に支障]	□ 無 □ 有⇒ ( )	眼鏡	□ 無 □ 有	
聴力 [日常生活に支障]	□ 無 □ 有⇒ ( )	補聴器	□ 無 □ 有	
意思の伝達	□ 可 □ 時々可 □ ほとんど不可 □ 不可	失語症	□ 無 □ 有 □ 不明	
*認知症症状	□ 無 □ 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 ( )			
食事摂取	*食形態 □ 普通 □ 刻み □ ソフト □ ミキサー □ 流動	水分トロミ	□ 無 □ 有	
	*食動作 □ 自立 □ 見守り □ 一部介助 □ 全介助	食事・水分制限	□ 無 □ 有	
口腔	*口腔ケア □ 自立 □ 見守り □ 一部介助 □ 全介助	義歯使用	□ 無 □ 有 □ 要アセスメント	
	排泄	排尿介助 □ 自立 □ 見守り □ 一部介助 □ 全介助	トイレ使用	□ 無 □ 夜間 □ 常時
	排便介助 □ 自立 □ 見守り □ 一部介助 □ 全介助	オムツ使用(パッド含む)	□ 無 □ 夜間 □ 常時	
衣服の着脱	□ 自立 □ 見守り □ 一部介助 □ 全介助	*服薬管理	□ 自立 □ 見守り □ 一部介助 □ 全介助	
入浴(保清等)	□ 自立 □ 見守り □ 一部介助 □ 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"/> 自己腹膜透析装置 (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 □ 訪問歯科診療 □ 訪問看護 □ 訪問介護 □ 訪問入浴 □ 訪問リハ <input type="checkbox"/> 通所サービス □ ショートステイ □ 住宅改修 □ 福祉用具 □ その他( )			
*介護上、特に注意すべき点等	□ 無 □ 有	*介護・看取りに関する本人・家族の意向等	□ 無 □ 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	記入者	作成日
電話	FAX	

\*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。