

※ 第 5 回協議会資料抜粋

○情報共有ツール作業部会で今後協議いただきたい事項

1 第 4 回協議会で提供された情報共有ツールの種類

- (1) 独自作成様式
- (2) 国が示している診療報酬や介護報酬の請求事務関係書類と全部または一部が同様の様式
- (3) 各団体の上部団体が示しているひな形の様式
- (4) 連絡票様式

2 検討の視点

- (1) 情報共有ツールとしての検討が必要な様式と、必要が無い様式の抽出
 - ・ 請求事務関係書類様式や既存の様式で問題が無い
 - ・ 各機関の機能が違うので、様式が多様化するの仕方が無い など
- (2) 情報共有ツールとして利用されている請求事務関係書類の様式のアレンジの必要性の検討
 - ・ 多職種連携に必要な記載項目の追加 など
- (3) 請求事務関係書類とは別個に、独自に作成した方が有効な様式の検討
 - ・ 2度手間の書類作成負担の問題 など
- (4) どの機関・事業所・施設の間の連携を支援するための情報共有ツールか
 - ・ 全ての医療機関・介護サービス事業所が共通に必要な情報を網羅した万能な情報共有ツールの作成は、現実的に困難 など
- (5) 情報共有ツールの利活用方法、手順の検討
 - ・ 手引き等の作成 など
- (6) デジタル化された情報共有ツールと、アナログのペーパーベースの情報共有ツールの関係や整合性
 - ・ 情報共有ツールの利用は、推奨か義務か など

3 協議の進め方について

- (1) 既存のツールの使用方法や使用場面などの更なる分析
- (2) 検討する情報共有ツールの優先順位 ～ 2分科会(退院支援, 急変時の対応)
- (3) 基本ツールと応用ツール
- (4) ICTについて

情報共有ツール取りまとめ

団体名	No.	情報共有ツール	備考
函館市医師会 函館地域医療連携実務者協議会 北海道医療ソーシャルワーカー協 会南支部	(函館中央病院)		
	1	基本情報	
	2	退院時情報提供書	
	3	転院時看護要約	
	4	入院前・入院時基本情報	
	5	ご紹介患者様情報	
	(市立函館病院)		
	6	看護連絡書	
	(国立函館病院)		
	7	患者情報	
	(函館五稜郭病院)		
	8	相談・連絡票	
9	看護要約		
10	看護要約Ⅱ		
(函館市医師会病院)			
11	紹介患者様情報		
12	看護要約		
函館薬剤師会	13	診療情報提供書	北海道薬剤師会がひな形と して提供しているもの
	14	在宅患者訪問薬剤管理指示書	
	15	服薬情報提供書	
	16	居宅介護支援専門員への報告書	
函館市居宅介護支援事業所連絡協 議会	17	地域医療連携推進カード	
	18	診療情報提供書	
	19	退院・退所情報提供書	
	20	在宅情報提供書	
函館市訪問リハビリテーション連 絡協議会	21	リハビリテーション計画書(アセ スメント)(様式2)	厚生労働省書式
	22	リハビリテーション計画書(様式 3)	
	23	リハビリテーション会議録	
道南訪問看護ステーション連絡協 議会	24	訪問看護の情報提供書	H17頃に、全国の訪問看 護ステーション向け情報共 有様式集が作成され、各地 でアレンジして使用してい る
	25	看護サマリー	
道南地区老人福祉施設協議会	26	協力医療機関へのFAX用紙	介護老人福祉施設シンフォ ニーにて利用している様式

団体名	No.	情報共有ツール	備考
函館市地域包括支援センター連絡協議会	27	利用者基本情報	標準様式
	28	基本チェックリスト	
	29	週間サービス計画表	
	30	サービス担当者会議の要点	
	31	サービス担当者に対する照会（依頼）内容	
	32	介護予防支援経過記録	
	33	サービス利用票	
	34	サービス提供票	
	35	介護予防サービス-支援計画表	
	36	情報共有連絡票	連絡票様式
	37	「サービス担当者会議資料」としての主治医からのご意見について	独自様式
	38	担当者会議開催における主治医からのご意見について	
	39	介護保険での短期入所療養介護利用における医師の指示書	
	40	介護保険での通所リハビリ利用における医師の指示書	
	41	介護保険での訪問リハビリ利用における医師の指示書	
	42	介護保険での訪問看護利用における医師の指示書	
	43	介護保険での訪問入浴利用における医師の指示書	
	44	軽度者に対する福祉用具貸与に関する医師意見書	
	45	患者〇〇〇〇様の介護保険による訪問看護利用にあたっての指示書発行についてのご依頼	
	46	サービス担当者に対する照会（サービス担当者会議資料）	
47	サービス利用の指示について		
48	医療系サービス利用の指示について		
(17)	地域医療連携推進カード	(函館市居宅介護支援事業所連絡協議会と重複)	
(18)	診療情報提供書	(函館市居宅介護支援事業所連絡協議会と重複)	
(19)	退院・退所情報提供書	(函館市居宅介護支援事業所連絡協議会と重複)	
(20)	在宅情報提供書	(函館市居宅介護支援事業所連絡協議会と重複)	

情報共有ツール対応図（回答添付用）

貴団体名	種別	情報共有ツール名称		
	・アポイントシート		在宅医療機関	
	・退院支援			
	・日常の療養支援			
	・急変時対応			
	・看取り			
	・その他			
	・アポイントシート			入院医療機関
	・退院支援			
	・日常の療養支援			
	・急変時対応			
・看取り				
・その他				
・アポイントシート		歯科		
・退院支援				
・日常の療養支援				
・急変時対応				
・看取り				
・その他				
・アポイントシート		薬局		
・退院支援				
・日常の療養支援				
・急変時対応				
・看取り				
・その他				
・アポイントシート		訪問看護 ステーション		
・退院支援				
・日常の療養支援				
・急変時対応				
・看取り				
・その他				
・アポイントシート		訪問リハビリ テーション 事業所		
・退院支援				
・日常の療養支援				
・急変時対応				
・看取り				
・その他				
・アポイントシート		居宅介護 支援事業所		
・退院支援				
・日常の療養支援				
・急変時対応				
・看取り				
・その他				
・アポイントシート		地域包括支援 センター		
・退院支援				
・日常の療養支援				
・急変時対応				
・看取り				
・その他				
・アポイントシート		協力医療機関 (施設・ 居住系)		
・退院支援				
・日常の療養支援				
・急変時対応				
・看取り				
・その他				
・アポイントシート		介護老人 福祉施設等 (施設・居住 系)		
・退院支援				
・日常の療養支援				
・急変時対応				
・看取り				
・その他				

貴団体の傘下の関係機関に調査・照会して頂き、各関係機関の情報共有ツールを情報収集し、各団体において、今後の医療・介護連携推進に有用な、代表的な情報共有ツールを選定して頂き、当協議会に報告・提案して頂きたい主旨の調査です。

函館市医師会
函館地域医療連携実務者協議会
北海道医療ソーシャルワーカー協会南支部

基本情報

函館中央病院 総合医療支援センター
 〒040-8585 函館市本町33番2号
 Tel 52-1231(代) (内4600) Fax 51-2069(直)
 退院支援看護師

氏名		性別	年齢	生年月日	T・S	年	月	日
住所		電話	自宅 携帯					入院日 退院日
連絡先①	氏名 住所 電話 携帯	【家族構成】				【介護保険認定状況等】		
連絡先②	氏名 住所 電話 携帯							
【診断名】		【既往歴】						
【治療経過】								
【病気・治療の説明と理解】								
【医療処置等】				【左記に対する対応】				
【日常生活自立度】								
食事								
排尿								
排便								
移乗								
移動								
障害等								
認知度								
【その他】								

退院時情報提供書

函館中央病院 入退院支援室
 看護師
 電話番号 52-1231(4600)

利用者氏名		様			
生年月日 (明・大・昭)		年	月	日	歳
入院期間		年	月	日 ~	年 月 日
疾病の状況	主病名				その他
	主症状				
	既往歴				
服薬状況	<input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> その他				
食事	<input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> その他				
排泄	<input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> その他				
入浴	<input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> その他				
移動	<input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> その他				
口腔ケア	<input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> その他				
	<input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> その他				
入院中の経過					

転院時看護要約①

2015/11/20 11:47:11

3

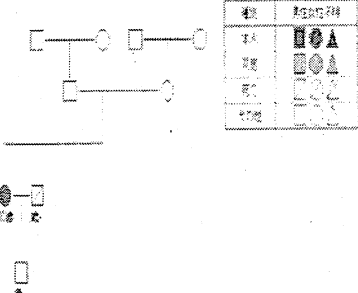
氏名		生年月日		年齢： 才	性別	
住所	職業					
診療科	連絡先					
主治医	受持看護師					
入院日	退院日					
血液型	型 ()	アレルギー	■ 無 □ 有 ()			
感染症	HBs抗原(-)抗体()HCV抗体(+)RPR(-)TPHA(-)	輸血歴	□ 無 □ 有 □ 不明			
		処方	□ 無 ■ 有 □ 一覧表添付あり			
病名		手術日	術式名			
既往歴						
看護要約及び入院中の問題点と看護実践(解決状況)、終了・継続の有無、退院指導						

転院時看護要約②

2015/11/20 11:47:11

治療経過

項目	自立度	具体的状況
移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> ベッド上	
食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> セツイング要 <input type="checkbox"/> 絶食 <input type="checkbox"/> 経管食	
排泄	<input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
排泄方法	<input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> ホータブル <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> テル? <input type="checkbox"/> ハルシナチーブル	
入浴・保清	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
衣服着脱	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
睡眠	睡眠剤服用 <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	
内服	<input checked="" type="checkbox"/> 自己管理 <input type="checkbox"/> 一回配薬 <input type="checkbox"/> 一日配薬	
障害	<input type="checkbox"/> 聴覚 <input checked="" type="checkbox"/> 視覚 <input type="checkbox"/> 言語 <input type="checkbox"/> 麻痺 <input type="checkbox"/> その他	

家族の支援体制	病気・治療の説明と受け止め方
 <p>キーパーソン 本人との関係</p>	<p>家族 ()</p>

その他

入院前・入院時基本情報

患者ID

記載日 平成 年 月 日

入 院 前	氏名	様 (男・女)	<生年月日> M・T・S・H	年 月 日 (歳)		
				<住所>		
	<家族構成>			<既往歴>		
				病名	病院・治療内容	
	<キーパーソン> 様					
	<家族連絡先>					
	氏名(関係)		Tel			
	()					
	()					
	<介護保険: <input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 認定済(要支援1・要支援2・要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5) 担当CM 利用サービス 連絡先					
<入院前の身体状況>			<メモ>			
・移動						
・食事						
・排泄						
・入浴						
・意志疎通						
・認知症						
・医療行為						
・その他						
入 院 中	病名				入院日	
					OP日	
	<医療行為>			<治療の経過>		
	インシュリン					
	経管栄養					
	IVH		ポート有 <input type="checkbox"/>			
	酸素					
	バルン					
	ドレーン					
	装具					
	その他		点滴・吸引・注射・ストマ・内服(特に抗がん剤)確認!		<今後の方向性>	
	<認知症> 有 ・ 無					
	不穏					
	夜間不眠			<食事内容> (
	独語			<他科・他院受診>		
危険行動			科・病院	最終受診	経過	
抑制・拘束		<input type="checkbox"/> センサー <input type="checkbox"/> ミトン() <input type="checkbox"/> 抑制帯(
その他						

ご紹介患者様情報

当院担当SW

氏名 テスト様 (男)

生年月日

住所 函館市マルマル町0-0

Tel.

<キーパーソン>

氏名

連絡先

<入退院情報>

入院日

退院日

<既往歴等>

<保険情報>

医療保険	
保険者番号	
続柄	
記号	番号
負担割合	
限度額認定・減額認定証	

公費①	
受給者番号①	
負担区分①	

公費②	
受給者番号②	
負担区分②	

看護連絡書

Ver.4



記載日:

御中				
フリガナ	テスト カンじヤ	性別	生年月日	入院期間
氏名	テスト かんじや 様	男性		(入院日) (退院日)
病名				
住所	0410822 函館市亀田港町	電話番号		
連絡先	(氏名)	(続柄)	(住所)	
	函館 花子	妻		
	電話番号(自宅) (携帯) 0138-22-3333			
	(氏名)	(続柄)	(住所)	
	函館 一郎	長男		
電話番号(自宅) (携帯) 0138-11-2222				
◆患者情報				
・介護保険制度 <input checked="" type="checkbox"/> 要介護() <input type="checkbox"/> 要支援() <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 区分変更中 <input type="checkbox"/> 更新手続き中 <input type="checkbox"/> 該当なし ・ケアマネージャー名 () 事業所名 () ・身体障害者手帳 <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(級) 障害名: ・特定疾患医療給付 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり				
感染症	HBs (不明) HBc () HIV () TPHA (陰性) MRSA (未検査) その他 ()			
入院中の経過				
既往歴 糖尿病				

◆ADL・身体状況		
活動レベルと具体的内容	入院時	
◆ 基本動作	4. 両足で立ってられないが、座りながら乗り移りしている	4. 両足で立ってられないが、座りながら乗り移りしている
◆ 移動方法	4. 手すりを使わずに階段の上り下りができる	2. 手すりや車椅子などを使い平らな場所を移動している
◆ 認知機能 オリエンテーション	3. どんな場所かわからないが、いる人が誰かわかる	3. どんな場所かわからないが、いる人が誰かわかる
◆ 認知機能 コミュニケーション	4. 複雑な人間関係を保っていないが書き言葉は理解している	4. 複雑な人間関係を保っていないが書き言葉は理解している
◆ 精神活動	2. 以前の事は思い出せないが、普段ぼーっとしていることはない	4. 時間管理はできないが、1ケタのたし算はできる
◆ 食べる・飲み込む力 (嚥下)	3. ストローで飲めないが柔らかいものは飲み込んでいる	4. 普通の食事は食べてないがストローなどでむせずに飲んでいる
◆ 食事動作	5. 食べこぼしをせずに自分で上手に食べている	2. 直接的な介助により食べている
◆ 排泄動作	2. トイレへの乗り移りが出来ず介助が必要。またはベッド上で排泄をしている	4. 後始末はしていないが、ズボンパンツの上げ下ろしはしている
◆ 入浴動作	2. 坐位が保てず機械浴やリフト浴を利用している	4. 一人で入浴しているが浴槽は利用せずシャワーのみ
◆ 口腔ケア	2. 自分では歯磨きをしていないが、「うがい」は行っている	2. 自分では歯磨きをしていないが、「うがい」は行っている
◆ 整容動作	2. 洗顔は行っていないが、手洗いは自分でしている	4. 爪切りはしていないが、髭剃りや整髪は自分でしている
◆ 着替え動作(衣服)	5. 着替えた衣服の整理を自分で行っている	4. 衣服の整理はしていないが、ズボン等の着脱は行っている
◆ 社会生活参加～社会交流	1. 会話などの社会交流はしていない。または出来ない	4. 電話やメールは使用しないが、親族や知人に会いに外出している
◆ 社会生活参加～余暇	3. 個人的な趣味活動は行っていないが、屋内で集団でのレクリエーションは自ら参加している	3. 個人的な趣味活動は行っていないが、屋内で集団でのレクリエーションは自ら参加している
評価の合計点	42 点	48 点

(R4) 老健ケアマネジメント方式システム、ICFに準拠したADLアセスメント方式 (A3) です。医療・介護など多職種間のADL共通指標として利用しています。

	1点	2点	3点	4点	5点
基本動作	寝返りしていない	寝返りが少ない	寝返りが少ない	寝返りが少ない	寝返りが少ない
移動方法	移動していない	歩行補助具などを用いて歩行している	歩行補助具などを用いて歩行している	歩行補助具などを用いて歩行している	歩行補助具などを用いて歩行している
認知機能 (記憶力)	自分の名前がわからない	自分の名前がわからない	自分の名前がわからない	自分の名前がわからない	自分の名前がわからない
コミュニケーション	話し言葉の理解ができない	話し言葉の理解ができない	話し言葉の理解ができない	話し言葉の理解ができない	話し言葉の理解ができない
時間管理	時間管理ができていない	時間管理ができていない	時間管理ができていない	時間管理ができていない	時間管理ができていない
食べる (食生活)	食べることができない	食べることができない	食べることができない	食べることができない	食べることができない
着る動作	着る動作ができていない	着る動作ができていない	着る動作ができていない	着る動作ができていない	着る動作ができていない
排泄動作	排泄動作ができていない	排泄動作ができていない	排泄動作ができていない	排泄動作ができていない	排泄動作ができていない
入浴動作	入浴動作ができていない	入浴動作ができていない	入浴動作ができていない	入浴動作ができていない	入浴動作ができていない
口世ケア	口世ケアができていない	口世ケアができていない	口世ケアができていない	口世ケアができていない	口世ケアができていない
整容動作	整容動作ができていない	整容動作ができていない	整容動作ができていない	整容動作ができていない	整容動作ができていない
歩かす動作	歩かす動作ができていない	歩かす動作ができていない	歩かす動作ができていない	歩かす動作ができていない	歩かす動作ができていない
社会参加 (社会交流)	社会参加ができていない	社会参加ができていない	社会参加ができていない	社会参加ができていない	社会参加ができていない
社会参加 (職)	社会参加ができていない	社会参加ができていない	社会参加ができていない	社会参加ができていない	社会参加ができていない

患者情報

【基本情報】

ふりがな 氏名		性別		生年月日		115		歳	
住所				TEL					
連絡先	1	氏名	○	住所	TEL				
	2	氏名	○	住所	TEL				
	3	氏名	○	住所	TEL				

家族構成	保険種別		記号番号		保険者番号	
	身障手帳				重度身障番号	
	介護保険				有効期限	
	担当ケアマネジャー					

【ADL状況】

移動	()	食事	()
起居動作	()	食事形態	()
立位	()	更衣	()
座位	()	排泄	()
入浴	()	その他	()
失禁	認知症	問題行動	()

【特記事項】

担当者

患者情報

【基本情報】

ふりがな 氏名		性別		生年月日		115	歳
住所					Tel		
連絡先	1 氏名	()	住所			Tel	
	2 氏名	()	住所			Tel	
	3 氏名	()	住所			Tel	

家族構成	保険種別		記号番号		保険者番号	
	後期高齢者1割					
	身障手帳	無			重度身障番号	
	介護保険	申請中		有効期限		
	担当ケアマネジャー					

【ADL状況】

移動	一部介助 (車椅子対応)	食事	自立 ()
起居動作	一部介助 ()	食事形態	粥 (副食きざみ)
立位	一部介助 (支えが必要)	更衣	見守り ()
座位	一部介助 ()	排泄	一部介助 ()
入浴	一部介助 ()	その他	()
失禁	無	認知症	無
	問題行動	無	()

【特記事項】

病名：肺がん、脳転移
 既往歴（当院確認分）：
 73歳 狭心症 中央病院 ステント留置、内服治療
 歳 高血圧、ASO、頭部脳血管狭窄および閉塞 中央病院 内服治療

平成24年に胸部異常陰影があり中央病院から紹介、検査の結果上記病名となり、イレッサによる治療を行って
 ございました。今回は治療薬の変更と全身精査目的で5月22日に入院しました。当面は治療は行わない方針とな
 り、緩和ケアチームも介入の上、今後の療養生活について相談いたしました。

かねてから、本人は在宅療養を希望されておりましたが、内縁の妻から不安の声が聞かれ、実現せずに経過し
 ておりました。ここ最近体調も良くなり、担当医から今が自宅で過ごすことができるチャンスと内縁の妻も説明
 を受け、今回自宅退院に踏み切る方針となりました。当面は、介護保険サービスを必要としないかもしれませんが
 が、状況が変化することも十分考えられるため、介護保険申請と同時に今回ご相談させていただくこととなり
 ました。訪問看護につきましては、医療保険対応という形で本人とも確認、了解をいただいております。退院後
 は、当院へ外来通院する形となっております。

お手数をおかけいたしますが、今後の在宅療養の支援の程、よろしく願いいたします。

担当者

相談・連絡票

ID			
氏名		生年月日 (歳)	
現住所			
保険		(担当者: TEL)	
記号・番号		(続柄)	被保険者
公費 ()		()	()
身障手帳 (種 級)		障害名	交付年月日
介護保険		認定年月日	
認定期間 ~		番号	
居宅支援事業所		ケアマネ	
病名	病名	既往歴	
病院	病院		
医師	医師		
病棟	病棟		
入院 ~			
入院 ~			
同居者	氏 名	続柄	年齢 家族状況 他
相談者kp		(続柄: 住所: TEL:	
他連絡先		(続柄: 住所: TEL:	
経済状況			
備考			
			担当者

看 護 要 約

フリガナ			患者番号	
氏名	様		生年月日	()
現住所				TEL1
				TEL2
連絡先	①			TEL1
				TEL2
	②			TEL1
				TEL2
病名・術式				担当医:
		入院日 :		
		退院日 :		
既往歴		感染情報		
		HBs抗原 ()	HBs抗体 ()	
		HCV抗体 ()	ワ氏 ()	
		血液型 () 型		
		アレルギー		
		食物		
		薬剤		
		その他		
現病歴と入院中の経過		処方・注射	※別紙参照	
		家族構成	*キーパーソン	
看護上の問題点と継続事項		病気に対する認識 患者さま:		
		ご家族 :		
		携行品	返却	
次回受診日				
		要介護度		
		身体障害者手帳		

患者番号	氏名		()		性別
床上安静の指示			排泄	便	回 / 日
どちらかの手を胸元まで持ち上げられる				尿	回 / 1 日
寝返り	<ベッド上動作> 体位変換介助			排泄行為	
起き上がり	起き上がり介助 端座位介助 端座位保持			オムツ使用	尿意・便意
座位保持				尿とりパット	尿・便失禁
移乗	見守り			バルーンカテーテル	(Fr カフ cc) 最終交換日 ()
移動方法 (主要なもの1つ)	立ち上がり介助		入浴・シャワー浴	入浴する上での注意点	
口腔清潔	~ 歩行器歩行 ~ 歩行中の腰支え 見守り ~ 杖歩行 ~ ~ 車椅子介助 ~ 自力操作			移動	~ 介助の場合 ~
食事	介助内容	食欲		更衣	
	食種			洗淨	
衣服の着脱				入浴・シャワー浴	最終日
他者への意思の伝達				清拭	最終日
診療・療養上の指示が通じる			装具の着脱		
危険行動への対応			洗濯		
危険行動の内容			靴の着脱		
睡眠	睡眠薬の使用		障害の有無と程度	麻痺・運動障害の有無と程度	
内服				視力	
				聴力	
				言語	
			コミュニケーション		
			その他		

不明な点がございましたら、下記までご連絡下さい。
 どうぞよろしくお願い致します。

〒040-8611 函館市五稜郭町38番3号
 函館厚生院 函館五稜郭病院
 TEL(0138)-51-2295 内線 ()

病棟師長: 印

記載者:

看護要約 II

入院日:	主治医:	
退院日:		
病名		
連絡先		
記録者:	師長印 :	印

主訴・入院までの経過:	看護上の問題点・申し送り事項
入院中の経過	患者さま (家族) の認識
看護要約	処方
看護上の問題点・継続事項	次回外来日

紹介患者様情報

平成 年 月 日

フリガナ
氏名 様 (M ・ F) 年 月 日生 歳

住所 TEL - -

入院 年 月 日 退院 年 月 日

病名:

医療保険 身体障害者手帳 種 級 重度医療 (有 ・ 無)
特定疾患 介護保険

〈病歴・経過〉

〈家族構成〉

《キーパーソン》

フリガナ

名前

続柄

住所

TEL

携帯

《その他の連絡先》

フリガナ

名前

続柄

住所

TEL

携帯

〈本人・家族の希望〉

〈ADL状況〉

食事 [自立 時間はかかるが自分で食べる 一部介助 全介助]

排泄 [自立 一部介助 オムツ(昼・夜) 全介助 バルンカテーテル]

移動 [独歩(杖・装具) 歩行器 車椅子 立上がり(可・不可) 座位保持(可・不可)
寝返り(可・不可) 寝たきり] ※介助[要・否]

入浴 [普通浴 介助浴 特別浴 清拭]

会話 ・言語 [話せる 単語のみ 不明瞭 不可]
・理解 [理解できる だいたい理解 簡単なことのみ 不可]

認知症 [無し 軽度 中度 重度]

〈備考〉

紹介患者様情報

平成 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日

フリガナ 氏名 〇〇〇〇 様 (M・F) 昭和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日生 〇〇 歳

住所 〇〇〇〇 TEL 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇

入院 平成 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 退院 平成 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日

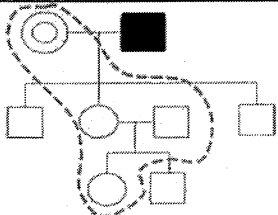
病名: 脊髄梗塞 高血圧症

医療保険 後期高齢者医療 身体障害者手帳 なし
 特定疾患 なし 介護保険 要介護3

〈病歴・経過〉

10年程前より高血圧症あり。H27.8.10AM自転車で近医診療所へ行って腰部と両膝に痛み止めの注射をし、帰宅。月に1度定期的 〇〇〇〇 診療所で腰・両膝にブロック注射を行っていた。
 13:00頃より急に右下肢優位に麻痺が出現。H27.8.11 〇〇〇〇 へ紹介入院。脊髄MRI検査にて脊髄異常信号あり、脊髄梗塞の診断。ワーファリン+バイアスピリン内服で治療し、症状は徐々に改善。同時に、リハビリ開始。
 H27.9.14リハビリ目的に当院転院。
 神経因性膀胱あり尿意感じられずバルーン留置中。

〈家族構成〉



《キーパーソン》

フリガナ 〇〇〇〇
 名前 〇〇〇〇 続柄 長女 住所 〇〇〇〇
 Tel 〇〇〇〇 携帯 〇〇〇〇
 仕事 以前は介護職をしていたが、母親の介護に専念するため退職

*入院前は 〇〇〇〇 で独居。
 今回の入院を機に同居するため、長女一家は一軒家を購入して引越し済。

〈本人・家族の希望〉

【本人】

- 〇〇〇〇 自宅に帰って再び暮らすのを目標にリハビリを頑張る。
- 子供たちに迷惑を掛けたくないの、自分で出来るうちは一人で頑張ろうと思っている。
- 自宅に帰って仏さんを守りたい。
- どうかかこうにかでも歩けるようになって自宅へ退院する。
- 長女から「心配だから冬の間だけでも一緒に暮らそう」と言われ、迷惑にならないなら世話になろうかな…考え中。

【長女】

- 母親を迎えるためマンションから一軒家に引越し、母親の荷物も全部運んできた(仏壇も)。
- 母親には冬だけと言っているが、実際に暮らし始めれば生活に慣れてくれると思う、はっきり伝えていない病気のことも徐々に伝えていって…そうすればずっと一緒に暮らすと言ってくれると思う。
- 〇〇〇〇 に友達がいないのでデイサービス等を利用すればいいのでは？と思っている。
- お風呂は大勢で入れるのは可哀想だから自分で家のお風呂に入れるつもり。仕事でやっていたので大丈夫だと思う。

〈ADL状況〉

- 食事 自立 時間はかかるが自分で食べる 一部介助 全介助
- 排泄 [自立 一部介助 オムツ(昼・夜) 全介助 バルンカテーテル]
- 移動 [独歩(杖・装具) 歩行器 車椅子 立上がり 可・不可 座位保持 可・不可
 寝返り(可・不可) 寝たきり] ※介助[要・否]
- 入浴 [普通浴 介助浴 特別浴 清拭]
- 会話
 ・言語 話せる 単語のみ 不明瞭 不可]
 ・理解 理解できる だいたい理解 簡単なことのみ 不可]
- 認知症 [無し 軽度 中度 重度]

〈備考〉

元々は独居でしたが、退院後は長女さん宅で同居予定です。
 ただしご本人の心情を考え、しばらくは 〇〇〇〇 家も住所もそのままにしてあげたいというのが長女さんの希望です。

ID:	氏名:	年齢:	歳	性別:	入院期間:	~
<p>《入院までの経過》</p> <p>2年ほど前から自宅療養中。1~2ヶ月前より痰が増加し、嘔吐していた。本日20時夕食後嘔吐し、喘鳴出現。23時10分、多量に嘔吐し、救急車にて当院即入となる。</p>				<p>《既往歴》</p> <p>平成19年 HT 脳梗塞 脳外科 2~3ヶ月/1回 平成22年 膀胱癌 平成24年 腰椎圧迫骨折 リハビリ</p>		
<p>《入院中の看護経過(看護計画)》</p> <p>【長期目標】安全安楽な入院生活を送る事が出来る。 【短期目標】肺炎再発を防ぐことができる。</p> <p>5/15の入院時、肺炎のため発熱あり、CRP6.16にて抗生剤の点滴施行。6/4にCRP0.2まで下降され抗生剤も終了となる。一時、肺炎は落ち着いていたが、サクシオンや口脛ケアによる刺激で嘔吐、肺炎の再発で再び発熱、CRP5.49にて6/26から再度抗生剤開始された。痰がらみが多く1~2時間おきにサクシオン施行し透明~白色痰吸引。抗生剤を変更しながら8/10にはCRP0.2へ下降し肺炎は改善された。現在は時々サクシオンを行っているが痰はそれほど多くはなく、ケアによる嘔気もなく肺炎は落ち着いている。</p> <p>【短期目標】転倒、転落がない</p> <p>入院前からADLは全介助であり、現在も自力体動はありません。意思相通はできますが、自ら訴える事はなく、問いかけにうなづく程度です。気分次第で短い言葉で話すことはあります。</p> <p>肺炎は落ち着きましたが、時々発熱があります。抗生剤や解熱剤は使用せず、クーリングのみの対応で解熱しています。腹部エコーにて胆嚢炎が見つかりましたが、高熱が出るほどのものではなく、現在も熱の原因は特定されていません。</p> <p>入院後より絶食であり、6/19嚥下造影施行していますが一口目で気管へ入り、経口摂取は困難と判断され7/2PEG造設しています。しかし、栄養を注入すると発熱や下痢が見られるため経管栄養は行わず、IVHから栄養を補っています。PEGからのエアと緑色の排液が見られるため、内服の注入以外は開放しています。排液は約50ml/日です。</p>				<p>《看護の継続事項と情報》</p> <p>両鼠径部と両腋窩が真菌様のためワイドクリームを清拭時に塗布しています。また肛門周囲がただれているため亜鉛華軟膏塗布しています。</p> <p>7/24、IVH挿入されエルネオバ2号1500mlを24時間キープしています。その後、10/7に入れ替えのため左内頸静脈より20cm挿入、3針で固定しています。</p> <p>2時間毎の体位変換とエアーマット使用にて褥瘡予防していました。入院前は訪問看護、介護を利用していましたが、主に妻が身の回りの世話をしていました。しかし、妻自身の体調も万全ではなく、介護疲れによるストレスのため、向精神薬内服中です。PEGの次回交換はH28年1月頃です。</p>		
<p>《褥瘡》</p> <p>褥瘡の有無: 無 部位:</p> <p>最終DESIGN:</p> <p>処置:</p>				<p>《認知状況》 認知症患者の生活自立度: IV</p>		
<p>《介護認定》</p> <p>介護認定: 有 介護度: 要介護 5 支援事業所: 担当ケアマネジャー: 現在受けている介護サービス内容: ・通所介護 : 週2回 ・定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所 ・福祉用具貸与</p>				<p>記載Ns ()</p> <p>受け持ちNs ()</p> <p>病棟管理者 ()</p>		
<p>公益社団法人函館市医師会 函館市医師会病院 3階東病棟 TEL: 0138-43-6000 FAX: 0138-43-2030</p>						

処方内容

神経内科

- ①トリノシン腸溶錠20mg 3T 3×食後
- ③ソピクロン錠7.5mg「トーワ」 1T 1×就寝前
- ④ムコソルバン内用液0.75% 6ml 3×食後
- ⑤ロキソニン錠60mg 3T 3×食後
- ⑥ミカルディス錠40mg 2T 2×朝夕食後
- ⑦プレタールOD錠100mg 2T 2×朝夕食後
- ⑨エピナスチン塩酸塩錠20mg「トーワ」 1T 1×朝食後
- ⑩センノシド錠12mg「サワイ」 2T 1×就寝前
- Aモーラステープ20mg 7cm×10cm 140MI
- Bマイコスポールクリーム1% 20g
- Cユベラ軟膏 100g (患部に塗布)

函館市医師会病院

函館薬剤師会

診療情報提供書

平成 年 月 日

薬局 _____

担当薬剤師 _____ 様

(事業所名)

(事業所所在地)

(事業所 TEL)

(事業所 FAX)

医師

印

患者氏名	殿	性別
生年月日	年 月 日 (歳)	
住 所	電話番号	

傷病名
紹介目的
処 方

在宅患者訪問薬剤管理指示書

指示期間（平成 年 月 日）	
患者氏名	生年月日 明・大・昭・平 年 月 日 (歳)
症状・主訴： 訪問薬剤管理が頻回に必要な理由：	
留意事項及び指示事項（注：点滴注射薬の相互作用・副作用についての留意点があれば記載してください。）	
薬剤管理指示内容（投与薬剤・投与量・投与方法等）	
緊急時の連絡先等	

上記のとおり、指示します。

平成 年 月 日

医療機関名

電 話

(FAX)

医師氏名

印

薬局名

薬剤師名

殿

服薬情報提供書

御中

先生御侍史

氏名	様(男・女)	生年月日	M・T・S 年 月 日生(才)
----	--------	------	-----------------

- | | |
|----------------------|---------------------------|
| ①副作用に関する注意事項 | ④コンプライアンスに関する注意事項 |
| ②服用方法・使用方法に関する注意事項 | ⑤介護サービス提供上の留意事項 |
| ③相互作用(飲み合わせ)に関する注意事項 | ⑥その他(体調の変化・ケアプラン全体への留意事項) |

居宅療養管理指導 算定 あり なし

平成 年 月 日

住所:

薬局名:

薬剤師名:

㊞

居宅介護支援専門員への報告書

訪問日 年 月 日 ()

患者氏名		訪問者	
生年月日	(明・大・昭) 年 月 日	薬剤師氏名	

主治医	氏名 所属	電話 FAX	介護度	自立/介護予防サービス有/要支援1・2/要介護1・2・3・4・5
			訪問の目標	
ケアマネージャー	氏名 所属	電話 FAX	目標達成のためにやるべきこと	

処方薬の服用状況	前回の服薬開始時の残薬数	本日付残薬数	日間の服用数	服用状況判断	今回処方数	本日最終残薬数	次回必要処方数
				良好・不良			
				良好・不良			
				良好・不良			
				良好・不良			
				良好・不良			
				良好・不良			
				良好・不良			
				良好・不良			
				良好・不良			
				良好・不良			

調剤方法:

調剤対象者	本人・家族 () ・その他 (ヘルパー・施設職員・)		
薬効説明	全・重点	他科受診	無・有
理解度	良・不良	併用薬品	無・有
管理/保管状況	良・不良	副・相互作用	無・疑有
効果	良・不良	健食・嗜好	無・有
患者主訴		考察・薬学的管理指導・説明のポイント	

食 事	排 泄
食欲(有・無)、量(少・中・多)、回数(回/日)	尿回数(昼: 回、夜: 回)
味覚(良好・悪い)	便通 (快便・便秘・下痢)
嚥下障害(むせこみ) (有・無)	発汗 (多・少・普通)
薬SE影響(無・疑有)	薬SE影響(無・疑有)

睡 眠	運 動
日中の睡眠 有(時間)・無	夜間睡眠 (時間) 良・不眠傾向あり
眠剤(就寝前の安定剤)がある場合	脱力感、ふらつき、転倒 (無・有・強)
【不眠の種類】 ・A入眠困難・B中途覚醒 ・C早朝覚醒・D熟眠障害・混合型(A・B・C・D)	不随意運動 (無・有・強)
眠剤服用: 時、入床 時	薬SE影響(無・疑有)
服用後の環境(TVや電気)	ADL、QOL
薬SE影響(無・疑有)	認知症、うつ、閉じこもり
	薬によるADL、QOLへの影響
	上記項目に関連する特記事項

次回訪問 予定日	次回への申し送り事項および計画
-------------	-----------------

函館市居宅介護支援事業所連絡協議会

様式1 地域医療連携推進カード

キリトリ線

このカードは医療保険証と一緒に保管してください。

地域医療連携推進カード

氏名 様 M・T・S 年 月 日生

担当している支援事業所等の情報	名称
	連絡先
	担当者
介護保険情報	
平成 年 月 日	要支援1・2(申請中)
平成 年 月 日	要介護1・2・3・4・5
平成 年 月 日	要支援1・2(申請中)
平成 年 月 日	要介護1・2・3・4・5
平成 年 月 日	要支援1・2(申請中)
平成 年 月 日	要介護1・2・3・4・5
(<input type="checkbox"/> 独居・単身 <input type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> その他)	
備考	

※私は、地域医療連携を積極的に推進いたします。
※連携の必要性が生じた時は、速やかにご連絡をお願いします。
函館地域医療連携推進会議

キリトリ線

このカードは医療保険証と一緒に保管してください。

地域医療連携推進カード

氏名 様 M・T・S 年 月 日生

担当している支援事業所等の情報	名称
	連絡先
	担当者
介護保険情報	
平成 年 月 日	要支援1・2(申請中)
平成 年 月 日	要介護1・2・3・4・5
平成 年 月 日	要支援1・2(申請中)
平成 年 月 日	要介護1・2・3・4・5
平成 年 月 日	要支援1・2(申請中)
平成 年 月 日	要介護1・2・3・4・5
(<input type="checkbox"/> 独居・単身 <input type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> その他)	
備考	

※私は、地域医療連携を積極的に推進いたします。
※連携の必要性が生じた時は、速やかにご連絡をお願いします。
函館地域医療連携推進会議

キリトリ線

このカードは医療保険証と一緒に保管してください。

地域医療連携推進カード

氏名 様 M・T・S 年 月 日生

担当している支援事業所等の情報	名称
	連絡先
	担当者
介護保険情報	
平成 年 月 日	要支援1・2(申請中)
平成 年 月 日	要介護1・2・3・4・5
平成 年 月 日	要支援1・2(申請中)
平成 年 月 日	要介護1・2・3・4・5
平成 年 月 日	要支援1・2(申請中)
平成 年 月 日	要介護1・2・3・4・5
(<input type="checkbox"/> 独居・単身 <input type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> その他)	
備考	

※私は、地域医療連携を積極的に推進いたします。
※連携の必要性が生じた時は、速やかにご連絡をお願いします。
函館地域医療連携推進会議

キリトリ線

このカードは医療保険証と一緒に保管してください。

地域医療連携推進カード

氏名 様 M・T・S 年 月 日生

担当している支援事業所等の情報	名称
	連絡先
	担当者
介護保険情報	
平成 年 月 日	要支援1・2(申請中)
平成 年 月 日	要介護1・2・3・4・5
平成 年 月 日	要支援1・2(申請中)
平成 年 月 日	要介護1・2・3・4・5
平成 年 月 日	要支援1・2(申請中)
平成 年 月 日	要介護1・2・3・4・5
(<input type="checkbox"/> 独居・単身 <input type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> その他)	
備考	

※私は、地域医療連携を積極的に推進いたします。
※連携の必要性が生じた時は、速やかにご連絡をお願いします。
函館地域医療連携推進会議

キリトリ線

キリトリ線

様式1 地域医療連携推進カード
(拡大図)

記入例

キリトリ線

キリトリ線

キリトリ線

このカードは医療保険証と一緒に保管してください。

地域医療連携推進カード

氏名 ○○ ○○ 様 M・T・⑤ 7年 7月 7日生

担当している支援事業所等の情報	名称 居宅介護支援事業所 ○○○○
	連絡先 0138-××-1234
	担当者 ○○ ○○
介護保険情報	
平成22年4月1日	要支援1・2(申請中)
平成23年3月31日	要介護1・②・3・4・5
平成 年 月 日	要支援1・2(申請中)
平成 年 月 日	要介護1・2・3・4・5
平成 年 月 日	要支援1・2(申請中)
平成 年 月 日	要介護1・2・3・4・5
(<input type="checkbox"/> 独居・单身 <input type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input checked="" type="checkbox"/> その他)	
備考	

キリトリ線

※私は、地域医療連携を積極的に推進いたします。

※連携の必要性が生じた時は、速やかにご連絡をお願いします。

函館地域医療連携推進会議

診療情報提供書

平成 年 月 日

医療機関名

医師氏名 御侍史

いつも大変お世話になっております。

下記の患者様について情報提供を賜りますようお願い申し上げます。

指定居宅介護支援事業所

電話 FAX

介護支援専門員 拝

患者様氏名	様	性別	<input type="checkbox"/> 男 ・ <input type="checkbox"/> 女
電話番号		生年月日	<input type="checkbox"/> 明治年 <input type="checkbox"/> 大正月 <input type="checkbox"/> 昭和日生 (歳)
患者様住所			
情報提供及び照会の目的			

上記患者様については次のとおりです。

傷病名	生活機能低下の原因になっているもの		
	発症日：昭和・平成 年 月 日		
	発症日：昭和・平成 年 月 日		
その他の病名			
傷病の経過及び治療状況			
指示事項	禁忌及び注意事項	1.リハビリ：血圧 () 体温 (°C) 以上禁 2. 食事、水分量： _____ 3. 入浴：血圧 () 体温 (°C) 以上禁 4. その他、感染症等：	
	医療系サービスと利用回数指示	1. 通所リハビリテーション (1週間あたりの利用回数： _____ ~ _____ /週回程度) 2. 訪問リハビリテーション (1週間あたりの利用回数： _____ ~ _____ /週回程度) 3. 訪問看護サービス (1週間あたりの利用回数： _____ ~ _____ /週回程度) 4. 短期入所療養介護 (ひと月あたりの利用日数： _____ ~ _____ /月回程度) 5. その他 ()	

障害高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2
認知症高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> V

医療機関名

所在地

連絡先

医師氏名

※私は、地域医療連携を積極的に推進いたします。
※連携の必要性が生じた時は、速やかにご連絡をお願いします。
函館地域医療連携推進会議



診療情報提供書

平成 年 月 日

医療機関名 ○○病院

医師氏名 ○○ ○○ 御侍史

いつも大変お世話になっております。

下記の患者様について情報提供を賜りますようお願い申し上げます。

指定居宅介護支援事業所 ○○○○

電話 ○○○-xxx FAX xxx-○○○

介護支援専門員 ○○ ○○ 拝

患者様氏名	○○ ○○ 様	性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男 ・ <input type="checkbox"/> 女
電話番号	0138-43-1111	生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 7年 7月 7日生 (78歳)
患者様住所	函館市富岡町1丁目1番1号		
情報提供及び照会の目的	このところ、身体状況(ADL)の低下が見られ転倒等も増えてきている状況にあり、通所リハビリの利用をお勧めしたところご利用を希望されています。そのため、利用に関してのご指示を頂きたいと照会させていただきます。		

上記患者様については次のとおりです。

傷病名	生活機能低下の原因になっているもの 発症日：昭和・平成 年 月 日 発症日：昭和・平成 年 月 日
その他の病名	
傷病の経過及び治療状況	
指示事項	禁忌及び注意事項 1.リハビリ：血圧() 体温()℃以上禁 2.食 事、水分量： _____ 3.入 浴：血圧() 体温()℃以上禁 4.その他、感染症等：
	医療系サービス利用回数指示 1.通所リハビリテーション(1週間あたりの利用回数： _____ /週回程度) 2.訪問リハビリテーション(1週間あたりの利用回数： _____ /週回程度) 3.訪問看護サービス(1週間あたりの利用回数： _____ /週回程度) 4.短期入所療養介護(ひと月あたりの利用日数： _____ /月回程度) 5.その他()

障害高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2
認知症高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> V

医療機関名

所在地

連絡先

医師氏名

※私は、地域医療連携を積極的に推進いたします。
※連携の必要性が生じた時は、速やかにご連絡をお願いします。
函館地域医療連携推進会議



退院・退所情報提供書

(面談日) 平成 年 月 日

情報提供元の医療機関・施設名 _____

所 属 _____

電 話 番 号 _____

フリガナ 利用者氏名	(男・女)				
生年月日	(明・大・昭)	年	月	日	(歳)
入院期間	入院日	平成	年	月	日 ~ 退院(予定)日 平成 年 月 日

	入院・入所中の状況	(特記事項)
疾患の状態	主病名 主症状 既往歴 服薬状況	(感染症等)
食事		
口腔ケア		
移動		(独自の方法・転倒危険)
入浴		
排泄		(留置カテーテル等)
夜間の状態	(良眠) (状態:	
療養上の留意事項及び必要な介護サービスなど		

※私は、地域医療連携を積極的に推進いたします。

※連携の必要性が生じた時は、速やかにご連絡をお願いします。

退院・退所情報提供書

記入

(面談日) 平成 22 年 月 日

情報提供元の医療機関・施設名 ○○病院
 所 属 医療連携室 ○○ ○○
 電 話 番 号 ○○○-××××

フリガナ	○○ ○○
利用者氏名	○○ ○○ (男 <input checked="" type="radio"/> 女)
生年月日	(明・大 <input checked="" type="radio"/> 昭) 15 年 月 日 (70 歳)
入院期間	入院日 平成 22 年 10 月 10 日 ~ 退院(予定)日 平成 22 年 11 月 15 日

	入院・入所中の状況	(特記事項)
疾患の状態	主病名 アルツハイマー型認知症、脱水 主症状 せん妄、発熱 既往歴 服薬状況 (一部介助) 食事ごとに本人に渡している。	(感染症等) 脱水は点滴によって改善し、せん妄や発熱の症状もなくなっている。再度脱水を起こさないように水分摂取量に注意が必要。軽度の認知症があり、入院中も見守りや声かけを要することが多かった。
食事	(自立) (普通)	脱水で入院している。先生より水分は1500mlは摂取するように本人に話している。
口腔ケア	(一部介助)	洗面所まで誘導し、必要な物品を手渡す。動作の声かけをすると自力で行うことができる
移動	(見守り) (杖) 多少ふらつき見られるが、杖を使用し歩行できる。	(独自の方法・転倒危険) 病院では点滴のため臥床期間も長かったため、転倒しないように見守りしている。先生は動くようになれば歩行は良くなると話している。
入浴	(一部介助) 背部洗身に介助、移動の介助している。	一般浴での入浴は可能だが、歩行にふらつきがあるため浴槽の出入りや浴室内の移動は介助する
排泄	(見守り) (トイレ夜間のみ) トイレまで誘導が必要	(留置カテーテル等) 排泄後、しっかり拭き取りできているか確認が必要
夜間の状態	(良眠) (状態: 夜に数回トイレに起きるがすぐに眠る)	21時頃に消灯で、22時の巡回時には眠っている。朝は6時頃に起床する
療養上の留意事項及び必要な介護サービスなど	<ul style="list-style-type: none"> 十分に水分を摂れるように、時間を決めて水分補給するように(1500ml/日) 歩行時のふらつきがあるため、リハビリを行った方が良い(通所系サービスの利用) 	

記載日

TEL (0138) -
FAX (0138) -

記載者

【基本情報】

フリガナ		性別		生年月日		歳	
氏名	様	男					
住所	〒 -			電話			
家族構成 <input type="checkbox"/> =男性 <input type="checkbox"/> =女性 <input checked="" type="checkbox"/> =本人 KP=キーパーソン <input type="checkbox"/> = 同居枠	緊急時連絡先	1	氏名	住所	続柄		
					TEL		
					携帯		
		2	氏名	住所	続柄		
					TEL		
					携帯		
		3	氏名	住所	続柄		
					TEL		
					携帯		
かかりつけ医療機関				医師名	先生		
年月日	医療機関・医師名	病名	症状等				
			<input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 経観中 <input type="checkbox"/> その他				
			<input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 経観中 <input type="checkbox"/> その他				
			<input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 経観中 <input type="checkbox"/> その他				

【保険情報等】

介護保険	()	被保険者番号	0	0	0	0	1	保険者名	函館市
年金の種類	()								
障害等認定	(<input type="checkbox"/> 身障 <input type="checkbox"/> 精神 <input type="checkbox"/> 療育 <input type="checkbox"/> 難病 (種 級)								
	障害名 :								

【在宅サービスの利用状況】

介護保険サービス利用の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
サービス内容	

0 様

記載日 明治33年1月0日

【心身・ADLの状況】

障害高齢者の日常生活自立度		身長		cm	/	体重	kg
認知症高齢者の日常生活自立度		周辺症状		<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	()	
視力状態	日常生活に支障	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		()			
聴力状態	日常生活に支障	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		()			
意思の伝達	日常生活に支障	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		()			
1	寝 返 り	()	6	食 事	()		
2	起き上がり	()	7	更 衣	()		
3	立ち上がり	()	8	排 泄	()		
4	座 位	()	9	入 浴	()		
5	歩 行	()	10	そ の 他	()		
便秘		3日以上の便秘の有無		<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	()	
尿失禁	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	便失禁	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	頻度	便 1 / 日	尿 7 / 日	
口腔衛生	問題の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()		歯磨き	()		
嚥下障害	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	()					
食事形態	<input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 粥 <input type="checkbox"/> きざみ食 <input type="checkbox"/> 経管 () <input type="checkbox"/> その他 ()						
食事制限	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()						
栄養状態	問題の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 体重減少 <input type="checkbox"/> 栄養不良 <input type="checkbox"/> 栄養過多)					
特記事項							

【家屋状況】(※わかっている範囲で結構です)

住 居	自宅・借家 / 戸建・集合住宅 / 専用居室 無・有 (階)						
住宅改修の 必要性の有 無	無 (改修済・未改修) / 有 ()						
	<input type="checkbox"/> トイレ	<input checked="" type="checkbox"/> 浴室	<input type="checkbox"/> 自室	<input type="checkbox"/> 玄関	<input type="checkbox"/> 屋外	<input type="checkbox"/> その他 ()	
危険箇所	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()						
整理整頓 の状況	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良 ()						
トイレ	<input type="checkbox"/> 洋式 <input type="checkbox"/> 和式 / 手すり <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		浴室	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 / 手すり 無 有			
就寝状況	<input type="checkbox"/> 固定ベッド <input type="checkbox"/> 手動ギャッチ <input type="checkbox"/> 電動 <input type="checkbox"/> 布団 <input type="checkbox"/> その他 ()						
特記事項							

在宅情報提供書

函館市港町99丁目99番99号
指定介護予防支援事業所
函館市地域包括支援センター ○○ ○○
TEL (0138) 99 - 9999
FAX (0138) 99 - 9999

記載日 平成22年7月1日

記載者 ○○ ○○

【基本情報】

フリガナ	○○ ○○	性別	男	生年月日	昭和7年7月7日	83 歳	
氏名	○○ ○○	様					
住所	〒 041 - 0801 函館市富岡町1丁目1番1号			電話	0138-43-		
家族構成 □=男性 ○=女性 ◎=本人 KP=キーパーソン --- = 同居枠	緊急時連絡先	1	氏名 ○○ ○○	続柄	長男		
		住所	函館市富岡町99-99-99		TEL	46-	
		携帯	999-9999-9999				
		2	氏名 ○○ ○○	続柄	長女		
住所	函館市富岡町99-99-99		TEL	46-			
携帯	999-9999-9999						
3	氏名 ○○ ○○	続柄	弟				
住所	函館市富岡町99-99-99		TEL	46-			
携帯	999-9999-9999						
かかりつけ医療機関	○○診療所			医師名	○○ 先生		
年月日	医療機関・医師名	病名	症状等				
平成22年12月12日	○○診療所	脳梗塞	<input checked="" type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 経観中 点滴中 <input type="checkbox"/> その他				
平成22年12月13日	○○診療所	心筋梗塞	<input checked="" type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 経観中 投薬中 <input type="checkbox"/> その他				
平成22年12月14日	○○診療所	高血圧	<input type="checkbox"/> 治療中 <input checked="" type="checkbox"/> 経観中 観察中 <input type="checkbox"/> その他				

【保険情報等】

介護保険	要支援2 (~H22.5.31)	被保険者番号	0 0 0 0 9 9 9 9 9 9	保険者名	函館市
年金の種類	国民年金 (約6万/2ヵ月)				
障害等認定	有 (<input type="checkbox"/> 身障 <input type="checkbox"/> 精神 <input type="checkbox"/> 療育 <input checked="" type="checkbox"/> 難病 (2 種 4 級)				
	障害名 : 人工肛門				

【在宅サービスの利用状況】

介護保険サービス利用の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有
サービス内容	デイサービス週に2回利用(月・木) 配食サービス週に2回(水・土曜日の夕食)、緊急通報システム設置

【心身・ADLの状況】

障害高齢者の日常生活自立度	B1	身長		cm	/	体重	kg
認知症高齢者の日常生活自立度	I	周辺症状	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有	(徘徊)			
視力状態	日常生活に支障	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有	(全盲)				
聴力状態	日常生活に支障	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有	(高度難聴)				
意思の伝達	日常生活に支障	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有	(構音障害)				
1	寝 返 り	見守り (柵あれば)	6	食 事	見守り (全盲のため)		
2	起き上がり	見守り (柵あれば)	7	更 衣	見守り (麻痺側のため)		
3	立ち上がり	見守り (手すりあれば)	8	排 泄	見守り (オムツ)		
4	座 位	見守り (要支え)	9	入 浴	(シャワーのみ)		
5	歩 行	見守り (車椅子)	10	そ の 他	(特に無し)		
便秘	3日以上便秘の有無		<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有	(下剤使用している)			
尿失禁	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有	便失禁	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有	頻度	便 1 / 日	尿 7 / 日	
口腔衛生	問題の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有	(食塊の残多い)		歯磨き	自立 (うがいのみ可)	
嚥下障害	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有	(むせこみ有)					
食事形態	<input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 粥 <input checked="" type="checkbox"/> きざみ食 <input type="checkbox"/> 経管 ()	<input type="checkbox"/> その他 ()					
食事制限	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有	(減塩食)					
栄養状態	問題の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有	(<input type="checkbox"/> 体重減少 <input checked="" type="checkbox"/> 栄養不良 <input type="checkbox"/> 栄養過多)				
特記事項							

【家屋状況】(※わかっている範囲で結構です)

住 居	<input checked="" type="checkbox"/> 自宅・ <input checked="" type="checkbox"/> 借家 / 戸建・集合住宅 / 専用居室 無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 (1 階)					
住宅改修の 必要性の有 無	無 (<input checked="" type="checkbox"/> 改修済・未改修) / 有 ()					
	<input type="checkbox"/> トイレ <input checked="" type="checkbox"/> 浴室 <input type="checkbox"/> 自室 <input type="checkbox"/> 玄関 <input type="checkbox"/> 屋外 <input type="checkbox"/> その他 ()					
危険箇所	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有		(浴室入り口 段差有)			
整理整頓 の状況	<input type="checkbox"/> 良 <input checked="" type="checkbox"/> 不良		(自力では行えない為、煩雑になっている。)			
トイレ	<input type="checkbox"/> 洋式 <input checked="" type="checkbox"/> 和式 / 手すり <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有		浴室	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 / 手すり 無 有		
就寝状況	<input type="checkbox"/> 固定ベッド <input type="checkbox"/> 手動ギャッチ <input type="checkbox"/> 電動 <input checked="" type="checkbox"/> 布団 <input checked="" type="checkbox"/> その他 (板の間)					
特記事項						

函館市訪問リハビリテーション連絡協議会

(別紙様式2)

リハビリテーション計画書(アセスメント) 訪問 通所

計画作成日: 平成 年 月 日

氏名: 様 性別: 男・女 生年月日: 年 月 日 要介護

■居宅サービス計画の総合的課題の方針

■居宅サービス計画の解決すべき具体的な課題

■利用者の希望

■医師の指示

■ご家族の希望

■健康状態(介護・支援を要す原因となる疾患)

■合併症・コントロール状況(高血圧、心疾患、呼吸器疾患、糖尿病等)

原疾患名・発症日 発症日: 年 月 日 通院の通院日: 年 月 日

■廃用症候群: あり なし

■リハビリテーションを実施する際の医学的管理(医師等によるリスク管理・処置・対応の必要性を含む)

■参加(過去実施していたものと現状について記載する)

家庭内の夜勤の内容

余暇活動(内容および頻度)

社会・地域活動(内容および頻度)

リハビリテーション終了後に行いたい社会参加等の取組

■心身機能

状況	活動へ支障	状況	活動へ支障
運動機能障害	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	失語症 構音障害	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
感覚機能障害 (聴覚、視覚等)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	精神行動障害 (BPSD)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
関節拘縮	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	見当識障害	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
疼痛	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	記憶障害	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
口腔機能障害	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	その他の高次機能 障害	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
摂食嚥下障害	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	栄養障害	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし

■活動(※課題重要性は、「現状」と「改善の可能性」から取り上げる課題の優先順位をつける。)

アセスメント項目	現状	改善の可能性	課題重要性	モニタリング	【評価の内容の記載方法】
基本動作					3 自立 2 見守り 1 一部介助 0 全介助 9 把握していない
移動能力(TUG、6分間歩行)					※時間を記載 3 自立 2 見守り 1 一部介助 0 全介助
服薬管理					※点数を記載
HDS-R					10 自立 5 部分介助 0 全介助
食事					15 自立 10 最低限の介助 5 部分介助 0 全介助
整容					5 自立 0 部分・全介助
トイレ動作					10 自立 5 部分介助 0 全介助
入浴					5 部分介助 0 全介助
平地歩行					10 自立 5 部分介助 0 全介助
階段昇降					10 自立 5 部分介助 0 全介助
更衣					10 自立 5 部分介助 0 全介助
排便コントロール					10 自立 5 部分介助 0 全介助
排尿コントロール					10 自立 5 部分介助 0 全介助
ADL合計					

※ADLはしている状況について記載する。IADLも同様。

■特記事項

■活動に参加に影響を及ぼす課題の要因分析

.....

■他の利用サービス

□通所介護(週 回) □訪問介護(週 回) □訪問リハ・通所リハ(週 回) □訪問看護(週 回) □訪問看護(週 回) □その他()

■社会参加支援評価

□訪問日(年 月 日) □居宅サービス計画(訪問)しない理由: ()

■現在の生活状況

□サービス等利用あり □通所介護(週 回) □通所リハ(週 回) □市町村事業(週 回) □地域活動へ参加() □家族で役割あり

■課題因子(※課題ありの場合に)

課題	課題重要性	モニタリング	【評価の内容の記載方法】
家族介護者			※IADL評価点 0 していない 1 まれに 2 時々 3 週3回
福祉用具等			
住環境			
自宅周辺			
地域への社会参加等			
交通機関			
サービス			
その他			

.....

(別紙様式3)

利用者氏名 _____ 殿
 リハビリテーションマネジメントI リハビリテーションマネジメントII 訪問 通所 (No. _____)
 作成年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 月 _____ 頃
 訪問頻度(_____) 利用時間(_____) 送迎なし
 ~ 見直し予定時期 _____)

No.	目標(解決すべき課題)	期間	具体的支援内容 (何を目的に(へのために)~をする)	頻度	時間	訪問の必要性 いつ頃
	■リハビリテーションサービス		<input type="checkbox"/> 短期集中(個別)リハ <input type="checkbox"/> 生活行為向上リハ <input type="checkbox"/> 認知症短期集中リハ I・II <input type="checkbox"/> 理学療法 <input type="checkbox"/> 作業療法 <input type="checkbox"/> 言語聴覚療法 <input type="checkbox"/> その他(_____)			いつ頃
			<input type="checkbox"/> 短期集中(個別)リハ <input type="checkbox"/> 生活行為向上リハ <input type="checkbox"/> 認知症短期集中リハ I・II <input type="checkbox"/> 理学療法 <input type="checkbox"/> 作業療法 <input type="checkbox"/> 言語聴覚療法 <input type="checkbox"/> その他(_____)			いつ頃
			<input type="checkbox"/> 短期集中(個別)リハ <input type="checkbox"/> 生活行為向上リハ <input type="checkbox"/> 認知症短期集中リハ I・II <input type="checkbox"/> 理学療法 <input type="checkbox"/> 作業療法 <input type="checkbox"/> 言語聴覚療法 <input type="checkbox"/> その他(_____)			いつ頃
			<input type="checkbox"/> 短期集中(個別)リハ <input type="checkbox"/> 生活行為向上リハ <input type="checkbox"/> 認知症短期集中リハ I・II <input type="checkbox"/> 理学療法 <input type="checkbox"/> 作業療法 <input type="checkbox"/> 言語聴覚療法 <input type="checkbox"/> その他(_____)			いつ頃
			<input type="checkbox"/> 短期集中(個別)リハ <input type="checkbox"/> 生活行為向上リハ <input type="checkbox"/> 認知症短期集中リハ I・II <input type="checkbox"/> 理学療法 <input type="checkbox"/> 作業療法 <input type="checkbox"/> 言語聴覚療法 <input type="checkbox"/> その他(_____)			いつ頃
適合計時間						

■サービス提供中の具体的対応 ※訪問リハビリテーションで活用する場合は下記の記載は不要。

	開始	1時間	2時間	3時間	4時間	5時間	6時間	7時間	8時間
	()	()	()	()	()	()	()	()	()
	1時間	2時間	3時間	4時間	5時間	6時間	7時間	8時間	
	()	()	()	()	()	()	()	()	()
利用者									
看護職									
介護職									
PT									
OT									
ST									
その他 ()									
必要なケアと その方法									

訪問介護の担当者と共有すべき事項
 訪問看護の担当者と共有すべき事項
 その他、共有すべき事項()

※下記の☑の支援機関にこの計画書を共有し、チームで支援をしていきます。
【情報提供先】
介護支援専門員
 医師
 通所介護
 ()
 ()

利用者・ご家族への説明： 平成 年 月 日
 利用者サイン： _____ 医師サイン： _____
 家族サイン： _____

※なお当該計画の様式をもってリハビリテーション計画とするときは利用者の同意を得るよう留意すること

道南訪問看護ステーション連絡協議会

訪問看護の情報提供書

年 月 日

訪問看護ステーション フレンズ
管理者 保坂明美

TEL0138-26-3388 Fax0138-26-3377

利用者氏名	
性別	生年月日
男・女	明・大・昭・平 年 月 日 年齢 歳
住所	
電話番号 () -	

主治医氏名
住所

日常生活活動(ADL)の状況……該当するものに○

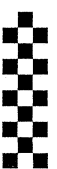
移動	自立・一部介助・全面介助
排泄	自立・一部介助・全面介助
着替	自立・一部介助・全面介助
食事	自立・一部介助・全面介助
入浴	自立・一部介助・全面介助
整容	自立・一部介助・全面介助

病状・障害等の状態	
看護の内容	
その他特記すべき事項	

看護サマリー

訪問看護ステーションフレンズ

事前訪問日	H. 年 月 日	性別		要介護度		身障手帳										
ご利用者				主病名												
生年月日	年 月 日			既往歴												
住所																
電話1	-	-														
電話2	-	-		障害												
介護者								麻痺		言語障害						
関係機関				その他												
医療機関																
主治医																
住所																
電話1	-	-														
電話2	-	-		治療状況												
ADLの状況																
	自立	一部介助	全部介助													
移動																
食事																
排泄																
入浴																
着替																
整容																
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 12.5%;">正常</td> <td style="width: 12.5%;">I</td> <td style="width: 12.5%;">IIa</td> <td style="width: 12.5%;">IIb</td> <td style="width: 12.5%;">IIIa</td> <td style="width: 12.5%;">IIIb</td> <td style="width: 12.5%;">IV</td> <td style="width: 12.5%;">M</td> <td style="width: 12.5%;">判定不可</td> </tr> </table>								正常	I	IIa	IIb	IIIa	IIIb	IV	M	判定不可
正常	I	IIa	IIb	IIIa	IIIb	IV	M	判定不可								



道南地区老人福祉施設協議会

函館市地域包括支援センター連絡協議会

利用者基本情報

《基本情報》

作成担当者：

相談日	年 月 日 ()	来所・電話・訪問 その他 ()	初回 再来 (前)	
把握経路	1. 介護予防検診 2. 本人からの相談 3. 家族からの相談 4. 非該当 5. 新予防からの移行 6. 関係者 7. その他 ()			
本人の状況	在宅・入院 又は 入所中 ()			
フリガナ 本人氏名		男・女	M・T・S 年 月 日生 () 歳	
住所		TEL FAX		
日常生活 立度	障害高齢者の日常生活自立度	自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2		
	認知症高齢者の日常生活自立度	自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M		
認定情報	非該当・要支1・要支2・要介1・要介2・要介3・要介4・要介5 有効期限： ~ (前回の介護度)			
障害等認定	身障 ()・療育 ()・精神 ()・難病 ()・その他 ()			
本人の 住居環境	自宅・借家・一戸建て・集合住宅・自室 (有 階・無)・住宅改修 (有・無) 浴室：有・無 便所：洋式・和式 段差の問題：有・無 床材、じゅうたんの状況 () 照明の状況 () 履物の状況 ()			
経済状況	国民年金・厚生年金・障害年金・生活保護・ ()			
来所者 (相談者)		続柄	家族構成 ◎=本人、○=女性、□=男性 ●=死亡、☆=キーンツ 主介護者に「主」 副介護者に「副」 (同居家族は○で囲む)	
来所		家族構成		
緊急 連絡先	氏名	続柄		住所・連絡先
			日中独居 (有・無) 家族関係等の状況 ()	

利用者基本情報

《介護予防に関する事項》

今までの生活					
現在の生活状況 (どんな暮らしを送っているか)	1日の生活・すごし方			趣味・楽しみ・特技	
	時間	本人	介護者・家族		
	友人・地域との関係				

《現病歴・既往歴と経過》 (新しいものから書く・現在の状況に関連するものは必ず書く)

年月日	病名	医療機関・医師名 (主治医・意見作成者に☆)		経過	治療中の場合は内容
			Tel		
			Tel	治療中 経過観察中 その他	
			Tel	治療中 経過観察中 その他	
			Tel	治療中 経過観察中 その他	
			Tel	治療中 経過観察中 その他	

《現在利用しているサービス》

公的サービス	非公的サービス

地域包括支援センターが行う事業の実施に当たり、利用者の状況を把握する必要があるときは、要介護認定・要支援認定に係る調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見、及び主治医意見書と同様に、利用者基本情報、アセスメントシートを、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、介護保険施設、主治医その他本事業の実施に必要な範囲で関係する者に提示することに同意します。

_____年 _____月 _____日 氏名

印

基本チェックリスト

包括厚生院

記入日：平成 年 月 日

生年月日：平成 年 月 日

氏名

様 男・女

No.	質問項目	回答 (いずれかに○をお付け下さい)									
1	バスや電車で1人で外出していますか	0. はい	1. いいえ								
2	日用品の買物をしていますか	0. はい	1. いいえ								
3	預貯金の出し入れをしていますか	0. はい	1. いいえ								
4	友人の家を訪ねていますか	0. はい	1. いいえ								
5	家族や友人の相談にのっていますか	0. はい	1. いいえ								
運動器関係											
6	階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか	0. はい	1. いいえ								
7	椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっていますか	0. はい	1. いいえ								
8	15分位続けて歩いていますか	0. はい	1. いいえ								
9	この1年間に転んだことがありますか	1. はい	0. いいえ								
10	転倒に対する不安は大きいですか	1. はい	0. いいえ								
栄養関係											
11	6ヵ月間で2~3kg以上の体重減少がありましたか	1. はい	0. いいえ								
12	身長 _____ cm 体重 _____ kg BMI _____										
口腔機能関係											
13	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	1. はい	0. いいえ								
14	お茶や汁物等でむせることがありますか	1. はい	0. いいえ								
15	口の渇きが気になりますか	1. はい	0. いいえ								
閉じこもり関係											
16	週に1回以上は外出していますか	0. はい	1. いいえ								
17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか	1. はい	0. いいえ								
認知症関係											
18	周りの人から「いつも同じ事を聞く」などの物忘れがあるとされますか	1. はい	0. いいえ								
19	自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか	0. はい	1. いいえ								
20	今日が何月何日かわからない時がありますか	1. はい	0. いいえ								
うつ関係											
21	(ここ2週間) 毎日の生活に充実感がない	1. はい	0. いいえ								
22	(ここ2週間) これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなった	1. はい	0. いいえ								
23	(ここ2週間) 以前は楽にできていたことが今ではおっくうに感じられる	1. はい	0. いいえ								
24	(ここ2週間) 自分が役に立つ人間だと思えない	1. はい	0. いいえ								
25	(ここ2週間) わけもなく疲れたような感じがする	1. はい	0. いいえ								
運動器の機能		栄養改善		口腔機能		閉じこもり		認知症		うつ	
/ 5		/ 2		/ 3		/ 2		/ 3		/ 5	

平成 年 月 分

週間サービス計画表

包括厚生院

作成年月日

年 月 日

様

利用者名

作成者

利用者名	月	火	水	木	金	土	日	主な日常生活上の活動
4:00								
深夜								
6:00								
早朝								
8:00								
午前								
12:00								
14:00								
午後								
16:00								
18:00								
夜間								
20:00								
22:00								
24:00								
深夜								
2:00								
4:00								

週単位以外のサービス

サービス担当者会議の要点

氏名： _____ 様

開催日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 作成担当者氏名： _____

開催場所 _____

開催時間 _____ 開催回数 _____

会議出席者	所属（職種）	氏名	所属（職種）	氏名

検討した項目	
検討した内容	
結論	
残された課題	

サービス担当者に対する照会 (依頼) 内容

利用者名 _____ 様

計画作成者 (担当者) 氏名 _____

作成年月日 _____ 年 月 日

サービス担当者会議を開催しない理由 ないし会議に出席できない理由	
-------------------------------------	--

照会 (依頼) 年月日	照会 (依頼) 内容	回答年月日	回答内容
照会 (依頼) 先		回答者氏名	

※サービス担当者会議を開催しない場合や会議に出席できない場合などに使用すること。

作成年月日 平成 年 月 日
 () () ()

サービス利用票別表

区分支給限度管理・利用者負担計算

被保険者番号:

利用者氏名:

事業所名	事業所番号	サービス内容/種類	サービスコード	単位数	割引後		回数	サービス単位/金額	種類支給限度基準を超える単位数	種類支給限度基準内単位数	区分支給限度基準を超える単位数	区分支給限度基準内単位数	単位数 単価	費用総額 (保険対象分)	給付率 (%)	保険給付額	利用者負担 (保険対象分)	利用者負担 (全額負担分)
					率%	単位数												
合計																		
区分支給限度基準額(単位)																		

種類別支給限度管理

サービス種類	種類支給限度基準額(単位)	合計単位数	種類支給限度基準額(単位)	種類支給限度基準額を超える単位数	サービス種類	種類支給限度基準額(単位)	合計単位数	種類支給限度基準額(単位)	種類支給限度基準額を超える単位数
訪問介護					福祉用具貸与				
訪問入浴介護					短期入所生活介護				
訪問看護					短期入所療養介護				
訪問リハビリテーション					夜間対応型訪問介護				
通所介護					小規模多機能型居宅介護				
認知症対応型通所介護					定期巡回・随時対応型訪問介護看護				
認知症対応型共同生活介護					複合型サービス				
通所リハビリテーション					合計				

要介護認定期間中の短期入所利用日数

前月までの利用日数	当月の計画利用日数	累積利用日数
-----------	-----------	--------

作成年月日 平成 年 (月 分) 日

サービス提供票別表

区分支給限度管理・利用者負担計算

被保険者番号:

利用者氏名:

事業所名	事業所番号	サービス内容/種類	サービスコード	単位数	割引後		サービス回数	サービス単位/金額	種類支給限度基準を超える単位数	区分支給限度基準を超える単位数	区分支給限度基準内単位数	費用総額(保険対象分)	給付率(%)	保険給付額	利用者負担(保険対象分)	利用者負担(金額負担分)
					率%	単位数										
合計																
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 区分支給限度基準額(単位) 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 </div>																

種類別支給限度管理

サービス種類	種類支給限度基準額(単位)	合計単位数	種類支給限度基準額(単位)	種類支給限度基準額を超える単位数	種類支給限度基準額(単位)	合計単位数	種類支給限度基準額を超える単位数
訪問介護							
訪問入浴介護							
訪問看護							
訪問リハビリテーション							
通所介護							
認知症対応型通所介護							
認知症対応型共同生活介護							
通所リハビリテーション							
合計							

要介護認定期間中の短期入所利用日数

前月までの利用日数	当月の計画利用日数	累積利用日数

介護予防サービス-支援計画表

NO. _____ 利用者名 _____ 様 認定年月日 _____ 初回・A・B・継続・再認定・申請中 _____ 要支援1・要支援2 _____ 地域支援事業 _____

計画作成者氏名 _____ 委託の場合：計画作成事業者・事業所名及び所在地（連絡先） _____

計画作成（変更）日 _____ (初回作成日 _____)

目標とする生活 _____

1日		1年										
アセスメント領域と現在の状況	本人・家族の意欲・意向	領域における課題(背景・原因)	総合的課題	課題に対する目標と具体策の提案	具体策についての意向 本人・家族	目標	目標についての支援のポイント	本人等のセカンドや家族の支援 インフォメーション	介護保険サービス または地域支援事業	サービス種別	事業所	期間
運動・移動について		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	1									
日常生活（家庭生活）について		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	2									
社会参加、対人関係・コミュニケーションについて		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	3									
健康管理について		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無										

【本を行うべき支援が実施できない場合】
 要する支援の実施に向けた方針

総合的な方針：生活不活発病の改善・予防のポイント

【意見】

地域包括支援センター

【確認印】

計画に関する同意
 上記計画について、同意いたします。

_____年 ____月 ____日 氏名 _____ 印

基本チェックリストの（該当した質問項目数）／（質問項目数）をお書き下さい。
 地域支援事業の場合は必要な事業プログラムの枠内の数字に○印をつけて下さい。

運動不足	栄養改善	口腔内ケア	閉じこもり予防	物忘れ予防	うつ予防
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

予防給付または地域支援事業

「サービス担当者会議資料」としての主治医からのご意見について

対象者： _____ 様 明・大・昭 _____ 年 _____ 月 _____ 日 生まれ

○サービス担当者会議への参加について (必須)

開催日時 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 : _____ ~ 自宅

参加ができる 今回は参加できない

○この書類をご記入頂いた方 (必須)

主治医本人

主治医の代理人 所属： _____ 氏名： _____

○主治医の所属する病医院名と医師名 (必須)

病院名： _____

医師名： _____

○この書類の記入日 (必須) 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

○ 在宅で生活する際の疾患管理上の留意点や現状の介護保険サービスに関する利用に関するご意見
(担当者会議を欠席の場合は必ず記入をお願いします)

返信・問合わせ先 函館市地域包括支援センターあさひ 担当者 ○○ ○○

住所 函館市 旭町 4番 12号

電話 27-8880 ファックス 27-8900

平成 25 年 5 月 10 日

〇〇病院 〇〇科

〇〇 〇〇 先生 御机下

函館市地域包括支援センターあさひ
主任介護支援専門員 〇〇 〇〇

様のサービス担当者会議開催時の主治医からのご意見について

平素は格別のご高配を賜り、厚く御礼申し上げます。

このたび先生が診療されている上記患者様の介護保険サービス担当者会議を行う事となりました。つきましては、ご多忙中誠に恐れ入りますが会議の開催にあたり先生からの御指導・ご意見を頂戴したく存じます。なお会議の開催日時は診察時間内と察します。事前の相談なしの調整となりました事をご了承下さい。

現在介護保険サービスを利用中であり、サービス担当者開催時には主治医を含む利用中の全ての介護保険サービス事業者からからの意見を伺う事が必須とされております。今迄は介護保険更新時に主治医が記載した「主治医意見書」を参考とさせて頂いておりましたが、函館市からの集団指導にて「主治医意見書ではなく改めて主治医から意見を伺う様に」と通達がありましたので、このような形式で意見を伺う事となりました。

在宅で生活する際の留意点や現状の介護保険サービスに関する利用に関するご意見があれば別紙へご記入をお願い致します。頂戴したご意見は予防計画作成時の参考とさせて頂きます。なお、先生にご意見を伺う事は事前に本人様・家族様より承諾を頂いております。

サービス担当者会議開催時期は、介護保険更新時以外にも必要時に行う事が義務付けられております。原則患者（利用者）様のご自宅で行う様に指導されており、会議開催日時は診察時間内が多いためか、今までも御出席頂ける医師は殆どいない状況です。医師の参加が難しい場合には、医師の代理人（看護師や医療相談員等）による会議への参加や代理人による包括担当者への会議開催前の事前の情報提供（電話を含む口頭説明・ファックス・郵送等）でも可能です。

疾病があり生活への支障を抱える方が、住み慣れた地域で生活を続けていくためには医療と福祉の連携強化が更に必要となります。気軽に連携をしていけるような関係を構築していきたいと考えておりますので 今後とも宜しくお願い致します。

書類の記入日 平成 年 月 日

担当者会議開催における主治医からのご意見について

- 担当者会議対象者及び利用中（予定）の介護保険サービス

様 明・大・昭 年 月 日 生まれ

- 担当者会議の出欠について（何れかにチェックをお願い致します）

参加したいので担当者会議開催時には案内を送って欲しい。

()

参加出来そうにないので、この用紙の意見を参考にして欲しい。

- 在宅で生活する際の疾患管理上の留意点や現状の介護保険サービスに関する利用に関するご意見など

主治医の所属する病医院名と医師名

病医院名： _____

医師名： _____

書類の記入者 職種： _____ 氏名： _____

返信・問合せ先 函館市地域包括支援センターあさひ 担当者 ○○ ○○
 住所 函館市 旭町 4番 12号
 電話 27-8880 ファックス 27-8900

平成 年 月 日

〇〇病院 〇〇科

〇〇 〇〇 先生 御机下

函館市地域包括支援センターあさひ
主任介護支援専門員 〇〇 〇〇

(利用者名) 様の担当者会議開催時における主治医からのご意見について

平素は格別のご高配を賜り、厚く御礼申し上げます。

このたび先生が診療されている上記患者様の担当者会議の開催を予定しております。現在介護保険サービスを利用中であり、会議開催時には主治医からの意見を伺う事が必須とされております。今迄は主に介護保険更新時に主治医が記載した「主治医意見書」を参考とさせて頂いておりましたが、函館市からの集団指導にて「主治医意見書ではなく改めて主治医から意見を伺う様に」と通達がありましたので、このような形式で意見を伺う事となりました。

在宅で生活する際の留意点や現状の介護保険サービスに関する利用に関するご意見があれば別紙へご記入をお願い致します。頂戴したご意見は予防計画作成時の参考とさせていただきます。なお、先生にご意見を伺う事は事前に本人様・家族様より承諾を頂いております。

担当者会議については、更新時期だけではなく必要時に行う事が義務付けられております。原則患者(利用者)様のご自宅で行う様に指導されており、介護保険サービス利用時間中は開催できない状況です。会議開催日時の大半は診療時間内であり、開催数日前に日時が決まる事も珍しい事ではありません。今までも中々御出席頂ける医師は殆どいない状況です。主治医の意見が聞けるのであれば代理の方(看護師や医療相談員等)の出席でも構いません。病院職員による担当者会議への出席が困難な場合には、医師または代理人による包括担当者への会議開催前の事前の情報提供(電話を含む口頭説明・ファックス・郵送等)や「別紙」の返送でも可能です。いずれかの方法で返答が確認出来た内容は「主治医からの意見」として会議の場で紹介させていただきます。参加をご希望の場合には会議の日時調整後改めて担当者会議の御案内をさせていただきます。

別紙は「医師からの意見」を反映している内容であれば、記入するのは医師本人ではなくても構いません。看護師や事務職などの代筆でも差支えございません。

疾病があり生活への支障を抱える方が、住み慣れた地域で生活を続けていくためには医療と福祉の連携強化が更に必要となります。気軽に連携をしていけるような関係を構築していきたいと考えておりますので 今後とも宜しくお願い致します。

介護保険での短期入所療養介護利用における医師の指示書

氏名 ○○ ○○ 様
住所 函館市○○町 番 号
生年月日 昭和 年 月 日
介護認定結果 要支援○
希望事業所 ○○病院短期入所療養介護

<希望サービスの必要性>

- 短期入所療養介護の必要性がある
- 短期入所療養介護利用の必要性は無い

上記サービスの必要性について、医学的所見からご意見・留意事項等があればご記入をお願いいたします。

平成 年 月 日
医療機関名
担当医

平成 年 月 日

〇〇病院 〇〇科
〇〇先生 御 机 下

函館市地域包括支援センターあさひ
社会福祉士 〇〇 〇〇

〇〇 〇〇 様 の短期入所療養介護利用についての件

時下ますますご清祥の段、お喜び申し上げます。平素は格別のご高配を賜り、厚くお礼申し上げます。

さて、この度函館市地域包括支援センターあさひが介護保険サービス利用の計画作成を担当しております、〇〇〇〇様の短期入所療養介護(ショートステイ)利用につきまして、主治医の〇〇先生よりご意見を伺いたく、別紙指示書にご記入下さいますようお願い申し上げます。

尚、介護保険制度の医療系サービスを利用する際には、必ず主治医のご指示をいただくこととなっておりますので、職務ご多用の折恐縮とは存じますが、ご協力いただけますようお願い申し上げます。

記

氏 名 〇〇 〇〇 様
住 所 函館市〇〇町 番 号
生年月日 昭和 年 月 日
介護認定結果 要支援〇
希望事業所 〇〇病院短期入所療養介護

<現在の生活状況>

記入する

介護保険での通所リハビリ利用における医師の指示書

氏名 ○○ ○○ 様
住所 函館市○○町 番 号
生年月日 昭和 年 月 日
介護認定結果 要支援○
希望事業所 ○○通所リハビリセンター

<希望サービスの必要性>

- 通所リハビリ利用の必要性がある
 通所リハビリ利用の必要性は無い

上記サービスの必要性について、医学的所見からご意見・留意事項等があればご記入をお願いいたします。

平成 年 月 日
医療機関名
担当医

平成 年 月 日

〇〇病院 〇〇科
〇〇先生 御 机 下

函館市地域包括支援センターあさひ
社会福祉士 〇〇 〇〇

〇〇 〇〇 様 の通所リハビリテーション利用についての件

時下ますますご清祥の段、お喜び申し上げます。平素は格別のご高配を賜り、厚くお礼申し上げます。

さて、この度函館市地域包括支援センターあさひが介護保険サービス利用の計画作成を担当しております、〇〇〇〇様の通所リハビリテーションの利用につきまして、主治医の〇〇先生よりご意見を伺いたく、別紙指示書にご記入下さいますようお願い申し上げます。

尚、介護保険制度の医療系サービスを利用する際には、必ず主治医のご指示をいただくこととなっておりますので、職務ご多用の折恐縮とは存じますが、ご協力いただけますようお願い申し上げます。

記

氏 名 〇〇 〇〇 様
住 所 函館市〇〇町 番 号
生年月日 昭和 年 月 日
介護認定結果 要支援〇
希望事業所 〇〇通所リハビリセンター

<現在の生活状況>

例・・・

妻と同居。七飯町に住んでいたが、平成21年8月朝に起き上がることが出来なくなり、救急搬送にて新都市病院へ。左脳梗塞との診断で、そのまま入院。同年11月に退院する。

右上下肢に麻痺が残り、身障4級を受ける。

退院後も新都市病院にリハビリ通院していたが、東川町の道営住宅に引っ越したため頻繁に通院することが難しくなり、殆どリハビリをすることが無くなってしまった。

そのため、今回通所リハビリのご利用を希望される。

介護保険での訪問リハビリ利用における医師の指示書

氏名 ○○ ○○ 様
住所 函館市○○町 番 号
生年月日 昭和 年 月 日
介護認定結果 要支援○
希望事業所 ○○訪問リハビリ事業所

<希望サービスの必要性>

- 訪問リハビリ利用の必要性がある
 訪問リハビリ利用の必要性は無い

上記サービスの必要性について、医学的所見からご意見・留意事項等があればご記入をお願いいたします。

平成 年 月 日
医療機関名
担当医

平成 年 月 日

〇〇病院 〇〇科
〇〇先生 御 机 下

函館市地域包括支援センターあさひ
社会福祉士 〇〇 〇〇

〇〇 〇〇 様 の訪問リハビリテーション利用についての件

時下ますますご清祥の段、お喜び申し上げます。平素は格別のご高配を賜り、厚くお礼申し上げます。

さて、この度函館市地域包括支援センターあさひが介護保険サービス利用の計画作成を担当しております、〇〇〇〇様の訪問リハビリテーションの利用につきまして、主治医の〇〇先生よりご意見を伺いたく、別紙指示書にご記入下さいますようお願い申し上げます。

尚、介護保険制度の医療系サービスを利用する際には、必ず主治医のご指示をいただくこととなっておりますので、職務ご多用の折恐縮とは存じますが、ご協力いただけますようお願い申し上げます。

記

氏 名 〇〇 〇〇 様
住 所 函館市〇〇町 番 号
生年月日 昭和 年 月 日
介護認定結果 要支援〇
希望事業所 〇〇訪問リハビリ事業所

<現在の生活状況>

例・・・

妻と同居。七飯町に住んでいたが、平成21年8月朝に起き上がることが出来なくなり、救急搬送にて新都市病院へ。左脳梗塞との診断で、そのまま入院。同年11月に退院する。

右上下肢に麻痺が残り、身障4級を受ける。

退院後も新都市病院にリハビリ通院していたが、東川町の道営住宅に引っ越したため頻繁に通院することが難しくなり、殆どリハビリをすることが無くなってしまった。

そのため、今回訪問リハビリのご利用を希望される。

介護保険での訪問看護利用における医師の指示書

氏名 ○○ ○○ 様
住所 函館市○○町 番 号
生年月日 昭和 年 月 日
介護認定結果 要支援○
希望事業所 ○○訪問看護ステーション

<希望サービスの必要性>

- 訪問看護の必要性がある
 訪問看護利用の必要性は無い

上記サービスの必要性について、医学的所見からご意見・留意事項等があればご記入をお願いいたします。

平成 年 月 日

医療機関名

担当医

平成 年 月 日

〇〇病院 〇〇科
〇〇先生 御 机 下

函館市地域包括支援センターあさひ
社会福祉士 〇〇 〇〇

〇〇 〇〇 様 の訪問看護利用についての件

時下ますますご清祥の段、お喜び申し上げます。平素は格別のご高配を賜り、厚くお礼申し上げます。

さて、この度函館市地域包括支援センターあさひが介護保険サービス利用の計画作成を担当しております、〇〇〇〇様の介護保険での訪問看護利用につきまして、主治医の〇〇先生よりご意見を伺いたく、別紙指示書にご記入下さいますようお願い申し上げます。

尚、介護保険制度の医療系サービスを利用する際には、必ず主治医のご指示をいただくこととなっておりますので、職務ご多用の折恐縮とは存じますが、ご協力いただけますようお願い申し上げます。

記

氏 名 〇〇 〇〇 様
住 所 函館市〇〇町 番 号
生年月日 昭和 年 月 日
介護認定結果 要支援〇
希望事業所 〇〇訪問看護ステーション

<現在の生活状況>

例・・・

函館協会病院入院中より下肢の浮腫み及び下肢筋力低下による歩行状態の低下があり、退院後も転倒防止を図るためにもリハビリテーションが必要な状態にあります。胃癌・直腸癌の術後であり一般状態の観察も必要です。

また、平成21年5月退院後に抗癌剤の副作用で腹痛や下痢症状が強く出たことにより介護の負担が大きかったため、今回の退院後も同じようになるのではないかという強い不安感を介護者であった妻が持っており、今後、在宅で妻が介護を担ううえでも不安の軽減を図ることが重要と思われれます。以上のことから訪問看護ステーションの利用開始を予定しております。

介護保険での訪問入浴利用における医師の指示書

氏名 ○○ ○○ 様
 住所 函館市○○町 番 号
 生年月日 昭和 年 月 日
 介護認定結果 要支援○
 希望事業所 ○○訪問入浴事業所

<希望サービスの必要性>

- 訪問入浴の必要性がある
- 訪問入浴利用の必要性は無い

上記サービスの必要性について、医学的所見からご意見・留意事項等があればご記入をお願いいたします。

平成 年 月 日
 医療機関名
 担当医

平成 年 月 日

〇〇病院 〇〇科
〇〇先生 御 机 下

函館市地域包括支援センターあさひ
社会福祉士 〇〇 〇〇

〇〇 〇〇 様 の訪問入浴利用についての件

時下ますますご清祥の段、お喜び申し上げます。平素は格別のご高配を賜り、厚くお礼申し上げます。

さて、この度函館市地域包括支援センターあさひが介護保険サービス利用の計画作成を担当しております、〇〇〇〇様の訪問入浴利用につきまして、主治医の〇〇先生よりご意見を伺いたく、別紙指示書にご記入下さいますようお願い申し上げます。

尚、訪問入浴は介護保険上医療系サービスに位置付けられ、医療系サービスを利用する際には、必ず主治医のご指示をいただくこととなっておりますので、職務ご多用の折恐縮とは存じますが、ご協力いただけますようお願い申し上げます。

記

氏 名 〇〇 〇〇 様
住 所 函館市〇〇町 番 号
生年月日 昭和 年 月 日
介護認定結果 要支援〇
希望事業所 〇〇訪問入浴事業所

<現在の生活状況>

現在、ご本人様は日中もベッド上で横になっている状態が多く ADL の低下が懸念されますが、そのような中でもご本人は入浴だけは楽しみにされているようです。

これまではご家族が自宅の浴室にて介助を行いながらシャワー浴対応していましたが、現在は立位を保つ事も困難な状態になってきているため、家族と話あった結果、今後は本人が安心して入浴できるように訪問入浴サービスの利用を行っていきたいと考えています。

軽度者に対する福祉用具貸与に関する医師意見書

利用者氏名 様

住 所 函館市 町 番 号

生年月日 昭和年 月 日

認定結果

希望福祉用具：特殊寝台 ベッド付属品（床ずれ防止マット・介助バー）

<希望福祉用具サービスの必要性について>

- 必要
- 不必要

<上記サービス必要とする理由>

- 疾病その他の原因により状態が変動しやすく日によって又は時間帯によって頻繁に告示で定める福祉用具が必要な状態に該当する。
- 疾病その他の原因により状態が急速に悪化し短期間のうちに告示で定める福祉用具が必要な状態になることが確実に見込まれる。
- 疾病その他の原因により身体への重大な危険性又は症状の重篤化の回避等医学的判断から告示で定める福祉用具が必要な状態に該当すると判断できる。

記載事項

平成 年 月 日

医療機関名

担当医師名

平成 27 年 月 日

病院整形外科

御机下

函館市地域包括支援センターあさひ

軽度者に対する福祉用具貸与(電動ベット)に係る医師意見書について(ご依頼)

いつも大変お世話になっております。

介護保険サービスにおいて軽度者に係る福祉用具貸与の取り扱いが一部見直され、平成 19 年 4 月 1 日から例外給付が認められることとなりましたが、その際の手続きとして医師の福祉用具貸与に関する意見書が必要とされています。

つきましては、貴医院より受診中の下記の患者様について先生のご意見を拝聴したく、大変お手数をお掛けいたしますが別紙にご記載いただけますようよろしくお願い申し上げます。

記

利用者氏名 様

住 所 函館市 町 番 号

生年月日 昭和年 月 日 歳

介護認定結果

希望福祉用具 特殊寝台 ベッド付属品 (床ずれ防止マット・介助バーなど)

【相談経過】

平成 23 年より悪性リンパ腫のため抗癌剤治療、放射線治療など行い再発ありながらも定期的に精査しながら在宅で生活しています。平成 26 年 3 月に突然腰背部痛出現し市立函館病院整形外科にて骨粗鬆症の治療も開始しております。その後は痛みもおさまり歩行状態も改善しておりましたが、平成 27 年 3 月 17 日自宅内で転倒。両肘、腰部、肩を軽く打ち湿布をはって経過を見ていたが徐々に腰背部痛強くなり、ベッドからの起き上がりや椅子からの立ち上がりが痛みで困難になっている。咳き込むと腰背部に痛みが響くとのこと。以前はベッドサイドに紐を付けて両手で掴まって起き上がっていたが、抗癌剤の後遺症による両手の痺れと握力の低下、肘をつくと痛みもあるためベッドからの自力でも起き上がりが困難で困っている。特に夜間にトイレへ行く時に起き上がれず大変との相談があります。入院時に使っていた電動ベッドを借りたいと希望されています。

<問い合わせ・連絡先>

函館市地域包括支援センターセンターあさひ

函館市旭町 4 番 12 号

電話：0138-27-8880

担当：

平成 年 月 日

〇〇先生御侍史患者 〇〇〇〇様の介護保険による訪問看護利用にあたっての指示書発行についてのご依頼

平素は格別の御高配を賜り、厚く御礼申し上げます。

この度介護支援専門員として担当させていただいております〇藤〇子様が、在宅復帰するにあたり、介護保険による訪問看護の利用を提案致しました。ケアマネジャーとして、訪問看護の利用を提案させて頂いた理由としましては、内服管理が主な理由です。過去の在宅生活時に、内服薬を適切に分類することができず、自身の判断で服用を止め、体調悪化を引き起こすことがありました。7月からの在宅復帰にあたり、本人・家族共に内服管理を一番の課題と考えております。訪問看護師による内服薬のセット・服用状況の観察を行うことで、適切な服薬ができ、安定した体調で在宅生活を送ることを希望しています。

訪問看護を利用するにあたり、主治医の発行する指示書が必要となっております。ご多忙中とは存じますが、よろしくお取り計らいくださいますよう、お願い申し上げます。内容等にご不明な点がございましたら、お手数でも下記までお問い合わせいただければ幸いと存じます。

今後ともご指導ご鞭撻を賜ります様、何卒よろしくお願い申し上げます。

住所	函館市高丘町3番1号
電話	0138-55-7740
事業所	社会福祉法人 函館厚生院 函館市地域包括支援センター厚生院

担当介護支援専門員

サービス担当者に対する照会（サービス担当者会議資料）

利用者氏名； 様
居宅サービス計画作成者；

※ 今後の支援計画書作成の参考とさせて頂きたい為、どうぞ
宜しく願い致します。

主治医 様

照会年月日 平成 年 月 日

照会内容

<p>お手数をおかけ致しますが宜しく願い致します。</p>

御返答（主治医様ご記入欄）

①	<input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要
②	
③	その他、ご意見等ございましたらご記入ください

医師氏名	印
------	---

申し訳ありませんが 迄に返答いただきたいと思います。宜しく願います。

函館市包括支援センター西堀（TEL52-0123）

（FAX52-3399）

〇〇〇病院 〇〇医師 御机下

利用者氏名：〇〇 〇〇様 生年月日：昭和〇年〇月〇日

居宅サービス計画作成者： 函館市地域包括支援センター西堀 〇〇 〇〇

※ 今後の介護保険サービス利用についてご意見を参考にさせていただきたい為、ご多忙なところ申し訳ございませんが、ご返答宜しくお願い致します。

照会年月日 平成〇年〇月〇日

照会内容

--

ご返答（主治医様ご記入欄）

リハビリの必要性 <input type="checkbox"/> 必要（可） <input type="checkbox"/> 不要（不可）
リハビリの際の禁忌・注意事項等
その他
医師氏名 印

函館市地域包括支援センター西堀（TEL：52-0123）（FAX：52-3399）

サービス担当者に対する照会（サービス担当者会議資料）

利用者氏名： 様 生年月日 年 月 日

居宅サービス計画作成者： 函館市地域包括支援センター西堀

照会年月日： 平成27年7月28日

照会内容

いつもお世話になっております。

この度、 様から、介護予防通所リハビリテーション利用のご相談をお受けいたしました。つきましては、運動機能訓練等を行なうにあたっての注意点など、主治医先生からご意見をいただきたく、ご照会致します。ご多忙なところ、お手数をおかけ致しますが宜しくお願ひ致します。

ご返答（主治医様ご記入欄）使い慣れた書式等がある場合は別紙でも構いません。

リハビリの実施、必要性について

可（必要） 不可（不要）

リハビリの際の禁忌・注意事項等

入浴介助や移動介助に関する注意すべき点

その他

ご返答年月日 :

医 師 名 :

医療機関名 :

所 在 地 :

サービス利用の指示について

函館市地域包括支援センター西堀

函館市中道2丁目6番11号

電話 52 - 0123 FAX52 - 3399

〇〇〇様（生年月日:大正〇年〇月〇日）が、通所リハビリの利用を希望されております。つきましては、介護サービス利用に関して注意点やご意見を頂きたいようお願い申し上げます。お忙しい所申し訳ありませんがよろしくお願い致します。

ご本人の希望：

主治医の判断でサービス利用の可否についてチェック願います

・通所リハビリ （ 可 ・ 不可 ）

（ご記入欄）※ご記入欄を設けておりますが、使い慣れた書式等がある場合は別紙でも構いません。

①入浴、リハビリに関する注意事項

（サービス中止すべき血圧値 BP= / mmHg 以上 ・ 以下 ）

②日常生活に関する注意事項

返答年月日

平成 年 月 日

返答者様氏名

函館市地域包括支援センター西堀

介護支援専門員 〇〇〇〇

医療系サービス利用の指示について

先生

函館市地域包括支援センター 西堀

介護予防サービス計画作成者：

いつもお世話になっております。

様の介護予防サービス計画作成を行い、サービス担当者会議を開催いたします。

つきましては日常生活やリハビリに関して注意点やご意見を頂きたいお願い申し上げます。大変、お手数をお掛け致しますが、何卒宜しくお願いいたします。

主治医の判断で必要と思われるサービスについてチェック願います

[医療系サービス]

訪問看護 訪問リハビリテーション 通所リハビリ 短期入所療養介護

その他 ()

[その他のサービス]

訪問介護 訪問入浴 通所介護 短期入所生活介護

福祉用具貸与 (内容:)

(ご記入欄)

Large empty rectangular area with horizontal dashed lines for handwritten notes.

返答年月日	平成 年 月 日	返答者様氏名	
-------	----------	--------	--

医療系サービス利用の指示について

先生

包括支援センター西堀：

いつもお世話になっております。

様（ ）の件です。現在、認知症を患っている要介護1の妻と二人暮らしで、介護保険サービスを活用しながらなんとか生活が成り立っております。ご本人の介護保険証はH～H まで要支援 で認定されており今まで、週 回 を利用していました。ご本人の意向としては、 医療系 サービス実施にあたり、注意点やご意見を頂きたいようお願い申し上げます。大変、お手数をお掛け致しますが、何卒宜しくお願いいたします。

主治医の判断で必要と思われるサービスについてチェック願います

[医療系サービス] の必要性の有無 あり ・ なし

訪問看護 訪問リハビリテーション 通所リハビリ 短期入所療養介護

その他（ ）

リハビリテーション、入浴等実施時の留意点

血 圧 あり 血圧 / 以上中止 なし

体温 ℃ 以上中止

その他、留意点・観察点などがございましたら、下記に記入していただければ幸いです。

(ご記入欄) ※ご記入欄を設けておりますが、使い慣れた書式等がある場合は別紙でも構いません。

返答年月日	平成 年 月 日	返答者様氏名	