

## 函館市在宅医療・介護連携サマリー

入院先の医療機関等名称	様	当該利用者についての情報の提供および取得は、下記同意者の同意の上行っています。	発行日 (面談日)	平成	年	月	日
		同意者氏名	入院日 (退院日)	平成	年	月	日

(ふりがな) 利用者氏名	生年・性別等	<input type="checkbox"/> 明治 年	<input type="checkbox"/> 大正 月	<input type="checkbox"/> 昭和 日生 日	生活保護 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	障害等 認定 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<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)
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)		認知症高齢者日常生活自立度	
医療保険種類	<input type="checkbox"/> 社会保険 <input type="checkbox"/> その他( )	<input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 後期高齢者	公費の有無		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( )			
現住所	同居		<input type="checkbox"/> 戸建(階) <input type="checkbox"/> 施設( )	<input type="checkbox"/> アパート(階)	<input type="checkbox"/> マンション(階)	※エレベータ <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
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( )							
主介護者	続柄	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	電話	就労状況	健康状態			
キーパーソン	続柄	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	電話	緊急連絡先				

## 医療情報(受診中の診療科)

受診中の診療科	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 精神科 <input type="checkbox"/> 外科 <input type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> 脳神経外科 <input type="checkbox"/> 皮膚科 <input type="checkbox"/> 泌尿器科 <input type="checkbox"/> 婦人科 <input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科 <input type="checkbox"/> リハビリテーション科 <input type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> その他( )
---------	---	---

## 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( )
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 ( )	具体的内容		
褥瘡の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(部位: )	皮膚疾患	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(部位: )			
視力	<input type="checkbox"/> 新聞等の字が見える <input type="checkbox"/> ほとんど見えない	<input type="checkbox"/> 目の前の物が見える <input type="checkbox"/> 判断不能	眼鏡	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		
聴力	<input type="checkbox"/> 日常生活に支障なし <input type="checkbox"/> ほとんど聞こえない	<input type="checkbox"/> 大声ならなんとか聞こえる <input type="checkbox"/> 判断不能	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"/> 時々 <input type="checkbox"/> 毎晩			
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"/> 暴言・暴力 <input type="checkbox"/> 不潔行為	<input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 抑うつ・不安 <input type="checkbox"/> その他( )			
睡眠の状態	<input type="checkbox"/> 良眠 <input type="checkbox"/> 睡眠障害( )	眠剤	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> 毎晩			
起居動作	<input type="checkbox"/> 起き上がれる <input type="checkbox"/> 立ち上がれる <input type="checkbox"/> 介助が必要 <input type="checkbox"/> 介助が必要	移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 杖無し <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 車いす			
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	水分ロミ	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有			
口腔	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	食事制限	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有			
排泄	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"/> 良 <input type="checkbox"/> 不使用 <input type="checkbox"/> 不良 <input type="checkbox"/> 義歯不要			
衣服の着脱	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			
特別な医療	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			
介護上、特に注意すべき点等	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			
特別な医療		<input type="checkbox"/> 自動腹膜灌流装置 <input type="checkbox"/> 透析液供給装置 <input type="checkbox"/> 酸素療法( /min) <input type="checkbox"/> 吸引器 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 輸液ポンプ <input type="checkbox"/> 経管栄養( <input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 胃ろう : チューブサイズ : 日に1回交換) <input type="checkbox"/> 留置カテーテル(サイズ : 日に1回交換) <input type="checkbox"/> 間欠導尿 <input type="checkbox"/> ドレーン(部位: ) <input type="checkbox"/> 人工呼吸器( <input type="checkbox"/> 陽圧式 <input type="checkbox"/> 陰圧式 : 設定 ) <input type="checkbox"/> 気管カニューレ(サイズ ) <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 人工膀胱 <input type="checkbox"/> その他( )				
介護上、特に注意すべき点等		介護・看取りに関する本人・家族の意向等				

## 本サマリーの記入者

所属		担当		住所	
電話		FAX		Eメール	
				ケアプラン	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未