

① 名古屋市「名古屋市在宅医療・介護連携サマリー」

名古屋市在宅医療・介護連携サマリー

【介護支援専門員 → 医療機関】

(1)入院先の医療機関等名称	当該利用者についての情報の提供及び取得は、下記同意者の同意の上行っています。	(2)発行日 (面談日)	平成 年 月 日
様	同意者氏名	(3)入院日 (退院日)	平成 年 月 日

(4)利用者氏名 (ふりがな)	(5)生年・性別等	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 (満 歳)	(6)生活保護 <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り	(7)障害等認定 <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 身障(療育) <input type="checkbox"/> 精神() <input type="checkbox"/> 特定疾患()
(8)要介護度	認定有効期間 ~ 年 月 日	(9)障害高齢者日常生活自立度(寝たきり度)	(10)認知症高齢者日常生活自立度	
(0)医療保険種類	<input type="checkbox"/> 社会保険 <input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 後期高齢者 <input type="checkbox"/> その他()	(0)公費の有無	<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し ()	
(12)同居家族	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 子の配偶者 ()	(13)住居	<input type="checkbox"/> 戸建(階) <input type="checkbox"/> アパート <input type="checkbox"/> マンション(階) (エレベータ: <input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し)	
(14)主介護者	続柄	同居 <input type="checkbox"/> 別居 <input type="checkbox"/>	電話	就労状況 <input type="checkbox"/> 健康状態 <input type="checkbox"/>
(15)キーパーソン	続柄	同居 <input type="checkbox"/> 別居 <input type="checkbox"/>	電話	(16)緊急連絡先

(17)かかりつけ情報等 (医師・歯科医師・訪問看護ステーション・薬局等)

主病名	医療機関等名称	診療科名等	受診状況等	電話番号	特記事項(既往歴等)
1					
2					
3					

身体・生活機能等		(18)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	地域生活期 <input type="checkbox"/> その他()
(19)麻痺の状況	<input type="checkbox"/> 無し <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	(50)具体的内容	
(20)褥瘡の有無	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り(部位:)	(21)皮膚疾患	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り()		
(22)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	(23)眼鏡	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り	
(24)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"/> 大声なら何とか聞こえる <input type="checkbox"/> 判断不能	(25)補聴器	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り	
(26)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	(27)失語症	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 不明		
(28)認知症症状	<input type="checkbox"/> 無し <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"/> 徘徊 <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"/> その他()				
(29)睡眠の状態	<input type="checkbox"/> 良眠 <input type="checkbox"/> 睡眠障害()	(30)眠剤	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> 毎晩		
(31)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"/> 寝たきり <input type="checkbox"/> 介助が必要 <input type="checkbox"/> 介助が必要	(32)移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 杖無し <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 車椅子		
(34)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	(35)水分トロミ	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り		
(36)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	(37)食事制限	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り		
(40)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	(39)義歯使用	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良 <input type="checkbox"/> 不使用 <input type="checkbox"/> 義歯不要		
(42)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	(45)トイレ使用	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 夜間 <input type="checkbox"/> 常時		
(44)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	(46)オムツ使用	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 夜間 <input type="checkbox"/> 常時		
(47)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	(48)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		
(48)特別な医療	<input type="checkbox"/> 1.自動腹膜灌流装置 <input type="checkbox"/> 2.透析液供給装置 <input type="checkbox"/> 3.酸素療法 (/min) <input type="checkbox"/> 4.吸引器 <input type="checkbox"/> 5.中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 6.輸液ポンプ <input type="checkbox"/> 7.経管栄養 (<input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 経胃: チューブサイズ <input type="checkbox"/> 日に1回交換) <input type="checkbox"/> 8.留置カテーテル (サイズ <input type="checkbox"/> 日に1回交換) <input type="checkbox"/> 8-1.間欠導尿 <input type="checkbox"/> 11.ドレーン (部位 <input type="checkbox"/>) <input type="checkbox"/> 9.人工呼吸器 (<input type="checkbox"/> 陽圧式 <input type="checkbox"/> 陰圧式: 設定 <input type="checkbox"/>) <input type="checkbox"/> 10.気管カニューレ (サイズ <input type="checkbox"/>) <input type="checkbox"/> 12.人工肛門 <input type="checkbox"/> 13.人工膀胱 <input type="checkbox"/> 14.その他 (<input type="checkbox"/>)				
(51)介護上、特に注意すべき点等	(52)介護・看取りに関する本人・家族の意向等				

(53)本サマリーの記入者

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

※ケアプランの第3表(週間サービス計画表)を添付してください。

名古屋市在宅医療・介護連携サマリー使用上の留意点

1 名古屋市在宅医療・介護連携サマリ－の使用方（入院時）

本サマリーは、居宅介護支援事業所等の担当介護支援専門員が、記入対象者である介護サービス利用者本人または家族の同意を得たうえで、利用者の身体機能等の情報について記入し、入院先の医療機関に送付するものです。

2 名古屋市在宅医療・介護連携サマリ－の使用方（退院・退所時）

本サマリーは、居宅介護支援事業所等の担当介護支援専門員が、利用者の退院・退所の際、入院先の医療機関または入所先の施設の職員と面談し提供された利用者情報を記入しておき、居宅サービス計画の作成等に活用するためのものです。

3 個人情報の取り扱いについて

本サマリーには、利用者等の身体機能等、数多くの個人情報が含まれておりますので、取り扱いには最大限の注意を払ってください。

本サマリ－の記入及び送付に当たっては、必ず利用者（患者）または家族の同意を得てください。また、情報の取得についても、必ず利用者（患者）または家族の同意を得てください。

特に、本サマリーをFAX等で医療機関に送付する際は、一旦、利用者及び主介護者等の氏名の欄を空欄にして医療機関に送付した後、医療機関に電話連絡し、医療機関のほうで氏名を記入してもらう等の配慮に努めることが望ましいでしょう。

また、本サマリーは、利用者（患者）及び家族等が見ることを前提に作成してください。そのため、記入する内容（特に認知症症状や既往歴等）については十分に注意してください。

4 名古屋市在宅医療・介護連携サマリ－の記入頻度等について

利用者の入院時に迅速に対応できるという点から、概ね半年に一度、利用者の在宅安定時の状況を本サマリーに記入し、保管しておくことが望ましいでしょう。

また、月一回のモニタリングの際、本サマリーをモニタリングシートとして使用することもできます。

ただし、利用者の身体機能等に変化があった場合には、その都度、本サマリーに直近の情報を記入してください。

なお、認定調査結果や主治医意見書等を参考に本サマリーを記入する場合には、認定調査結果や主治医意見書等に記載されている利用者の身体機能等の情報と、直近の情報が異なる場合には、直近の情報を優先して記入してください。

5 家族等との連絡体制

利用者（患者）が入院した際、居宅介護支援事業所等の担当介護支援専門員に対し、家族等から即時その旨の連絡がなされるよう連絡体制を整備しておくことが望ましいでしょう。

また、利用者（患者）及び家族等には、日頃から本サマリ－の趣旨を説明し、利用者（患者）が入院した際には医療機関に対し情報提供を行うことや医療機関等から情報収集を行うことについて同意を得ておくことが望ましいでしょう。

6 入院先の医療機関への送付について

利用者（患者）が入院した際、利用者（患者）が入院してから7日以内を目安に本サマリーを医療機関に持参または郵送、FAX等により送付してください。

また、サマリーを送付した際は、居宅介護支援経過に、入院日、送付日及び送付先の医療機関等名称を必ず記録してください。

（記入例）

「平成27年4月1日△△病院に入院。平成27年4月2日△△病院に名古屋市在宅医療・介護連携サマリーを送付し情報提供した」

なお、サマリーを送付する際の手段（郵送、FAX等）や、医療機関がサマリーを受領したか否かを確認する際の手段（電話、FAX等）については、あらかじめ医療機関へ確認しておくことが望ましいでしょう。

7 名古屋市在宅医療・介護連携サマリ－の取り扱い留意事項

医療情報については、主治医の医療機関等に直接確認したり、診療情報提供書等で確認したりして内容の確認をするようにしてください。

② 福岡市「入院時／退院時情報提供書」

入院時/退院時情報提供書

様式1

御中
以下の情報は本人及びご家族の同意に基づいて提供しています。

～退院に向けてのお願い～
1)退院が決まり次第、ご連絡を頂ければ幸いです。
2)必要に応じて退院時の情報提供をお願いします。

ふりがな		性別	生年月日	
氏名		男・女	明・大・昭	年 月 日(歳)
住所	TEL	家族構成 (同居家族は○で囲む ★キーパーソン)		
緊急連絡先	続柄() TEL 自宅	携帯		
	続柄() TEL 自宅	携帯		
住宅環境	一戸建て・集合住宅(階)・エレベーター(有・無)			
経済状況	年金 有()・無 その他() 生活保護(担当CW)			
要介護度	要支援(1・2) 要介護(1・2・3・4・5) 申請中(新規・更新・区分変更)			
障害等認定	身障()級・精神()級・療育(有・無)・原爆・特定疾患()			

▼入院時情報提供欄

(別添資料 無・有→ 枚)

▼退院時情報欄

(ケアマネジャーが面談やカンファレンスで収集した情報をまとめる欄です)

情報提供事業所名					情報提供機関名				
担当ケアマネジャー					所属・職種・氏名				
TEL		FAX			TEL				
入院日 年 月 日					入院期間: 年 月 日～ 年 月 日(予定)				
かかりつけ医① (<input type="checkbox"/> 外来通院 / <input type="checkbox"/> 訪問診療)					手術 : 有(手術名)・無				
医療機関・主治医名					疾病の 状態	主病名 副病名 主症状 既往歴 服薬状況: 無・有 (内服:自立・一部介助・全介助)			
連絡先						(感染症, 投薬の注意事項(薬剤名, 薬剤の剤形, 投薬経路等)等)			
かかりつけ医② (<input type="checkbox"/> 外来通院 / <input type="checkbox"/> 訪問診療)					<特記事項>	特別な 医療			
医療機関・主治医名						点滴の管理 中心静脈栄養 透析 ストーマ(人工肛門)の処置 酸素療法 気管切開の処置 疼痛管理 経管栄養 褥瘡の処置 カテーテル 喀痰吸引 その他() (導入予定の医療系サービス)			
連絡先					<特記事項>				
介護サービス 利用状況					自立 見守り 一部介助 全介助 備考				
訪問介護(/週) 訪問看護(/週) 通所サービス(/週) 福祉用具() その他()					移動 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 手引き・杖・歩行器・シルバーカー 車椅子				
					排泄 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> オムツ使用:常時・夜間のみ・無				
					食事 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 嚥下状態(良・不良) 咀嚼状況(良・不良) 普通・軟菜・刻み・ペースト・経管栄養				
					入浴 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 入浴不可(シャワー・清拭)				
					口腔ケア <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 義歯(有・無)				
視力 普通・視力低下あり・眼鏡(有・無)・全盲					認知・ 精神面				
聴力 普通・やや難聴・難聴・補聴器(有・無)					徘徊 介護への抵抗 焦燥・不穏 攻撃性 幻視・幻聴 昼夜逆転 大声を出す				
認知・ 精神面					夜間の状況				
徘徊 介護への抵抗 焦燥・不穏 攻撃性 幻視・幻聴 昼夜逆転 大声を出す					良眠・不眠(状態) リハビリ等				
その他(ご本人の望む暮らし・心身状況・生活環境・介護の様子・医療上の注意 点等)					リハビリ等 (リハビリ・運動制限の内容, 導入予定のサービス等)				
					療養上の注意する事項				
提供年月日 年 月 日					面談年月日 年 月 日				

【注】入院時情報連携加算, 退院・退所加算の算定には, 国の通知等に拠る算定条件を満たす必要があります

③ 福井県敦賀市「医療と介護の連携シート」

医療と介護の連携シート

介護支援専門員 ⇔ 医療機関 ・ 介護保険事業者

介護保険事業者 ⇔ 医療機関

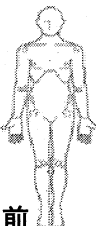

様

下記の方に関する情報を以下の通り提供します

入院・入所時 退院・退所時 その他() (記入日) 年 月 日

フリガナ		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年 月 日 (歳)
住所	敦賀市				
介護度	<input type="checkbox"/> 申請中 (認定予定 頃)				
	要支援 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 要介護 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 (認定期間 : 平成 年 月末)				
身障手帳	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 有 (種 級)			その他の医療給付	
家族状況	・主介護者(氏名: 続柄: Tel) ・その他介護協力者() ・家族介護力 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ・特記事項				
	※独居 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有			・キーパーソン(氏名: 続柄: Tel)	
主病名	医療機関等名称	診療科名	受診状況	治療・医療処置管理等	特記事項(既往歴等)
病状の経過 医師のコメント 等					

<記入時の身体・生活状況等>

在宅サービスの 利用状況	<input type="checkbox"/> 訪問介護(回/週) <input type="checkbox"/> 通所介護(回/週) <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ(回/週) <input type="checkbox"/> 通所リハビリ(回/週) <input type="checkbox"/> 訪問看護(回/週) <input type="checkbox"/> 訪問入浴(回/週) <input type="checkbox"/> ショートステイ(日/月) <input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導 (<input type="checkbox"/> 医 <input type="checkbox"/> 歯 <input type="checkbox"/> 薬) <input type="checkbox"/> 福祉用具 [<input type="checkbox"/> 特殊寝台 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> エアマット <input type="checkbox"/> その他()] <input type="checkbox"/> その他 ()				
	麻痺の状況 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 褥瘡等皮膚疾患 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	 前	 後	特記事項	
食事	摂食	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			
	主食	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 軟飯 <input type="checkbox"/> お粥 <input type="checkbox"/> その他			
	副食	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> きざみ食 (<input type="checkbox"/> 一口きざみ <input type="checkbox"/> きざみ) <input type="checkbox"/> ミキサー食 <input type="checkbox"/> ソフト食 <input type="checkbox"/> 経管栄養			
	水分	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> とろみ <input type="checkbox"/> ゼリー			
	食事制限	塩分	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	水分	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
	カロリー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	その他	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
嚥下障害	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有				

医療と介護の連携シート

- 介護支援専門員 ⇄ 医療機関・介護保険事業者
 介護保険事業者 ⇄ 医療機関

〇〇病院 地域医療連携室 〇〇様

下記の方に関する情報を以下の通り提供します

入院・入所時 退院・退所時 その他() (記入日) 〇年 〇月 〇日

フリガナ	カイゴ ハナコ	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 大正 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	〇年 5月 5日 (〇歳)
氏名	介護 花子				
住所	敦賀市 中央町1丁目1-1				
介護度	<input type="checkbox"/> 申請中 (認定予定 頃) 要支援 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 要介護 <input type="checkbox"/> 1 <input checked="" type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 (認定期間: 平成 〇年 〇月末)				
身障手帳	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 有(種 級)		その他の医療給付	無	
家族状況			・主介護者(氏名: 介護緑子 続柄: 長男の嫁 TEL: 〇〇-〇〇〇〇) ・その他介護協力者(長男) ・家族介護力 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ・特記事項 (他の子供達も市内在住のため、一部)		
	※独居 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		・キーパーソン(氏名: 介護緑子 続柄: 長男の嫁 TEL: 〇〇-〇〇〇〇)		

主病名	医療機関等名称	診療科名	受診状況	治療・医療処置管理等	特記事項(既往歴等)
慢性関節リウマチ	〇〇病院	整形外科	3か月1回	服薬中	
慢性気管支炎	〇〇病院	呼吸器科	〃	服薬中	
病状の経過 医師のコメント等	1か月前から、咳・痰がひどくなり、受診したところ、肺炎と診断され入院となる。				

<記入時の身体・生活状況等>

在宅サービスの利用状況	<input type="checkbox"/> 訪問介護(回/週) <input type="checkbox"/> 通所介護(回/週) <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ(回/週) <input type="checkbox"/> 通所リハビリ(回/週) <input type="checkbox"/> 訪問看護(回/週) <input checked="" type="checkbox"/> 訪問入浴(1回/週) <input type="checkbox"/> ショートステイ(日/月) <input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導(<input type="checkbox"/> 医 <input type="checkbox"/> 歯 <input type="checkbox"/> 薬) <input type="checkbox"/> 福祉用具 [<input type="checkbox"/> 特殊寝台 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> エアマット <input type="checkbox"/> その他()] <input type="checkbox"/> その他()					
麻痺の状況	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	前	後	特記事項		
褥瘡等皮膚疾患	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有			仙骨部に発赤あり。		
食事	摂食	<input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			食事: 配膳準備は家族がし、ベッド上で摂取。	
	主食	<input type="checkbox"/> 普通 <input checked="" type="checkbox"/> 軟飯 <input type="checkbox"/> お粥 <input type="checkbox"/> その他				
	副食	<input type="checkbox"/> 普通 <input checked="" type="checkbox"/> きざみ食 (<input checked="" type="checkbox"/> 一口きざみ <input type="checkbox"/> きざみ) <input type="checkbox"/> ミキサー食 <input type="checkbox"/> ソフト食 <input type="checkbox"/> 経管栄養				
	水分	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> とろみ <input type="checkbox"/> ゼリー				
	食事制限	塩分	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	水分		<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
		カロリー	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	その他		<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
嚥下障害	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有					

口腔	口腔環境	<input type="checkbox"/> 良 <input checked="" type="checkbox"/> やや不良 <input type="checkbox"/> 不良	特記事項 ・歯肉炎で痛みあり。 ・日中ポータブル、夜間おむつ使用。 ・ズボンのあげおろし、及びポータブルトイレの後始末に要介助。 ・室内は、主に手引き歩行。屋外は車いす使用。 ・ポータブルや車いすへの移乗に支え、見守りが必要。 ・ベッド柵と紐につかまり、起き上がる。 ・最終排便は不明。 ・移動と洗体の一部に要介助。 ・白内障のため見えづらい。
	口腔ケア	<input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
	義歯使用	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 不使用	
排泄	動作	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
	方法	<input type="checkbox"/> トイレ [<input type="checkbox"/> 和式 ・ <input type="checkbox"/> 洋式] <input checked="" type="checkbox"/> ポータブル <input checked="" type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> 留置カテーテル <input type="checkbox"/> その他	
	排便状況	<input checked="" type="checkbox"/> 便秘傾向 <input type="checkbox"/> 下剤服用 <input type="checkbox"/> その他 最終排便(日時 性状)	
移動関連動作	歩行	<input type="checkbox"/> つかまらずに可 <input checked="" type="checkbox"/> つかまれば可 [<input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 老人車 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input checked="" type="checkbox"/> その他] <input type="checkbox"/> できない 車いすの使用 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 [<input checked="" type="checkbox"/> 普通型 <input type="checkbox"/> リクライニング]	
	移乗	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
	起き上がり	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> つかまれば可 <input type="checkbox"/> できない	
	入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
	更衣	<input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
コミュニケーション		<input type="checkbox"/> 難聴 <input checked="" type="checkbox"/> 視覚障害 <input type="checkbox"/> 言語障害 <input type="checkbox"/> その他	
認知症	認知症	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
	行動心理症状	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 有の場合 <input type="checkbox"/> 幻覚(幻視・幻聴) <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 抑うつ <input type="checkbox"/> 不安 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 暴言・暴力 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> その他	
睡眠障害		<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 眠剤服用	
服薬管理	管理状況	<input checked="" type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他	
	管理能力	<input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
アレルギー		<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	
感染症		<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> HBV <input type="checkbox"/> HCV MRSA: <input type="checkbox"/> 保菌 <input type="checkbox"/> 発症 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 不明	
在宅における本人や家族の意向(看取りや介護等)		本人:できるだけ家で生活したい 家族:本人の意向に沿うが、限界がくれば入院させたい。	

本シート記入者

担当者氏名	〇〇 〇〇	所属先/事業内容	〇〇居宅介護支援事業所		
TEL	〇〇-〇〇〇〇	Fax	〇〇-〇〇〇〇	Eメール	abcd@tonbo.co.jp

『医療と介護の連携シート』説明書

趣旨

医療と介護の連携シート（以下「連携シート」）は、関係職種（機関）が対象者の医療や介護の情報を共有し、切れ目なく適切な医療やケアを提供するためのものである。

連携シートの対象者

敦賀市在住の医療サービスや介護保険サービスを利用している者で、以下のいずれかに該当する者

- ・積極的な連携支援が必要と判断した方
- ・入院時に本人や家族からの確かな情報が得にくい方（独居、認知症、要介護度の重度者、医療処置のある方など）

使用方法とルール

（１）入院・入所時

この連携シートを、居宅介護支援事業所等の担当介護支援専門員や介護保険事業所の職員が、対象者の身体機能等の情報について記入し、入院・入所先の医療機関・施設等に提供する。

- ・入院の場合は、**医療機関窓口・問合せ先**に連絡の上、連携シートを提供する。
- ・本人や家族等が医療機関・施設側に情報を伝えることが可能だと判断した場合には、必ずしも入院・入所時情報提供を行う必要はない。
- ・提出するか否かに迷う場合は、ソーシャルワーカー等に相談すること。
- ・入院・入所時の連携シートの提出がなくても、医療機関（施設等）から担当介護支援専門員に、連携シートの提供を求められることができる。
- ・この連携シートは、入院・入所後直ちに提供することが望ましい。

（２）退院・退所時

退院・退所前に、担当介護支援専門員等が病院職員や介護保険事業者職員と面談したり、カンファレンスを通じて作成。聞き取った内容を、在宅でのサービス計画作成やかかりつけ医、介護保険事業者等との情報共有に用いる。

- ・退院・退所時情報収集は、直接医療機関（施設等）を訪問して行うことが原則
- ・看護サマリ、リハサマリを連携シートと合わせて情報提供してもらうことができる。
- ・入院・入所時の連携シートの提出がなくても、担当介護支援専門員が医療機関（施設等）に退院・退所時の情報共有を求められることができる。
- ・面談やカンファレンス等を行わない場合は、看護サマリやリハサマリにより情報提供してもらう。

記入方法

- ・チェック項目にない情報は、特記事項に記入すること。
- ・分からない場合は、特記事項に不明と記入すること。
- ・「その他」や「一部介助等」にチェックが入った場合は、詳細を特記事項に記入すること。
- ・連携シートに記載する利用者の状態は、病状が悪化する前の平常時の状況を記載し、入院までの病状は特記事項へ記入する。

個人情報の保護

- ・連携シートには、対象者等の身体機能等、数多くの個人情報が含まれているので、取り扱いには最大限の注意を払うこと。
- ・連携シートの記入及び送付に当たっては、事前に必ず本人や家族に趣旨をよく説明し、本人または家族の同意を得ること。

医療機関窓口・問合せ先

医療機関名	窓 口
市立敦賀病院	地域医療連携室
国立病院機構敦賀医療センター	地域医療連携室
泉ヶ丘病院	地域連携室
敦賀温泉病院	相談室
猪原病院	相談員
レイクヒルズ美方病院	地域医療連携室 相談員 (状態等の問い合わせ：病棟看護師長)

その他

- ・この連携シートは、「医療と福祉の連携シート」に代わり、敦賀市の標準様式とし、他に独自の様式を用いることは妨げない。

平成27年9月1日

敦賀市在宅医療在宅介護連携推進協議会
(事務局：敦賀市福祉保健部介護保険課)

④ 兵庫県西宮市「みやっこケアシート」

みやっこケアシート

ふりがな: _____

名前: _____ 年齢 男 女

生年月日: _____

住所: 〒 _____ 西宮市

電話番号 _____

健康状態

「 _____ 医師から(今後の経過など)」

現病歴・既往歴

被保険者番号: 000 要支援 介護 1. 2. 3. 4. 5

認定日 有効期限:

障害高齢者自立度: J1・J2、A1・A2、B1・B2、C1・C2

認知症高齢者自立度: I、IIa・IIb、IIIa・IIIb、IV、M

障害者手帳: 無・有 減免等: 無・有

通関スケジュール

月: _____ 金: _____

火: _____ 土: _____

水: _____ 日: _____

木: _____ 他: _____

心身機能、身体構造

<身体機能: 麻痺・筋力・内臓など>

○口腔の状態: 不明・良・不良

義歯: なし・あり (一部・全部)

<精神機能: 理解・記憶など>

○睡眠:

○処方: なし・あり

○医療処置: なし・あり

活動

移動

移乗

座位

排泄

更衣

入浴

口腔ケア

食事摂取

食事内容

服薬状況

家事

その他

参加

<参加>

<役割・かわり>

環境因子

氏名・(続柄 _____)

住所: 〒 _____

緊急連絡先:

特記事項: (役割・かわり・暮らし・健康状態)

氏名・(続柄 _____)

住所: 〒 _____

緊急連絡先:

特記事項: (役割・かわり・暮らし・健康状態)

①受診機関: _____

②受診機関: _____

個人因子

<ご本人意向: 思い・気持ち>

<家族意向: 思い・気持ち>

(生活歴、過ごし方、趣味)

<得たいサポート・医療: ①望む暮らしのために、②人生のしめくくりのために、③緊急時対応の希望>

記入事業者名: _____

職種: _____

氏名: _____ 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日



みゃっこケアシート

ふりがな: _____

名前: _____ 年齢: _____ 性別: _____

生年月日: _____

住所: 〒 _____ 西宮市 _____

電話番号: _____

健康状態

「 _____ 医師から(今後の経過など)」

現病歴・既往歴

被保険者番号: 000 要支援 介護 1. 2. 3. 4. 5

有効期限: _____

認定日: _____

障害高齢者自立度: J1・J2、A1・A2、B1・B2、C1・C2

認知症高齢者自立度: I、IIa・IIb、IIIa・IIIb、IV、M

障害者手帳: 無・有 減免等: 無・有

通関スケジュール

月: _____ 金: _____

火: _____ 土: _____

水: _____ 日: _____

木: _____ 他: _____

心身機能、身体構造

<身体機能: 麻痺・筋力・内臓など>

○口腔の状態: 不明・良・不良

義歯: なし・あり(一部・全部)

<精神機能: 理解・記憶など>

○睡眠: _____

○処方: なし・あり

○医療処置: なし・あり

活動

移動

車椅子 歩行 歩行(自立、杖、歩行器、その他) 自立 見守り 介助

移乗 自立 見守り 介助(軽・中・重)

座位 自立 背もたれ 肘置き 介助

排泄 トイレ ホール 尿器 オムツ ハルソ その他 自立 見守り 介助

更衣 自立 見守り 介助(軽・中・重)

入浴 浴槽浴 シャワー 自立 見守り 介助(浴槽またぎ、洗体)

口腔ケア 自立 介助(準備、声かけ、ブラッシング、その他)

食事摂取 自立 見守り 介助(準備、摂取) 胃ろう その他()

食事内容 粥 ごはん 普通 一口大 刻み どもみ ベースト/制限食・カロリー: ()

服薬状況 自立 (特記)

家事 自立 (特記)

その他 _____

参加

<参加>

<役割・かわり>

環境因子

氏名: (姓 柄) _____

住所: 〒 _____

緊急連絡先: _____

特記事項: (役割・かわり・暮らし・健康状態)

氏名: (姓 柄) _____

住所: 〒 _____

緊急連絡先: _____

特記事項: (役割・かわり・暮らし・健康状態)

①受診機関: _____

②受診機関: _____

<家族構成>

<住環境: 屋内・周囲・近隣>

○福祉用具 なし・あり

<かかりつけ薬局>

個人因子

<ご本人意向: 思い・気持ち>

<家族意向: 思い・気持ち>

(生活歴、過ごし方、趣味)

<得たいサポート・医療: ①望む暮らしのために、②人生のしめくりのために、③緊急時対応の希望>

記入事業者名: _____ 職種: _____ 氏名: _____ 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

みゃこケアシート

ふりがな: _____

名前: _____ 年齢 _____ 性別 _____

生年月日: _____

住所: 〒 _____ 西宮市 _____

電話番号 _____

健康状態

「〇〇医師から(今後の経過など)」

医師・医療系

現病歴・既往歴

①健康状態
②健康に影響(喜ばしいことも含む)する因子: 高齢(加齢)、
③ストレス状態、

被保険者番号: 000 要支援 介護1. 2. 3. 4. 5

有効期限: _____

認定日 _____

障害高齢者自立度: J1・J2、A1・A2、B1・B2、C1・C2

認知症高齢者自立度: I、IIa・IIb、IIIa・IIIb、IV、M

障害者手帳: 無・有 減免等: 無・有

通関スケジュール

月: _____ 金: _____

火: _____ 土: _____

水: _____ 日: _____

木: _____ 他: _____

介護・相談系

心身機能、身体構造

①身体機能: 麻痺・筋力・内臓など
(手足の動き、見る、聞く、話す、内臓の動き)
②手足や内臓の一部、③体の一部の構造
義歯: なし・あり (一部・良・不良・全部)
④精神機能: 理解・記憶など
⑤精神の動き

リハビリ・医療系

○睡眠: _____

○処方: なし・あり

○医療処置: なし・あり

活動

移動
移乗
座位
排泄
更衣
入浴
口腔ケア
食事摂取
食事内容
服薬状況
家事
その他

①活動(個人レベル)「〜の行為」
生活行為
②生きて行くのに役立つ全ての生活行為: ADL
③生活上の目的を持った、一連の動作となる具体的な行為: 介護・家事(食事の準備)・仕事(事務作業、機械の使用、通勤)・人との交流など
④趣味・スポーツに必要な行為

介護・相談系

リハビリ・医療系

参加
参加
参加

＜役割・かわり＞
①参加(社会レベル)「〜の役割」
社会(家庭を含む)的な出来事に関与したり、役割を果たすこと。
楽しんで、権利を行使したりすること。
(例)
②狭い範囲: 職場での役割、主婦の役割、家族の一員としての役割、地域社会(町内会・交友関係)の中の役割、
③広い範囲: いろいろな社会参加(趣味の会やスポーツへ参加、文化的・政治的・宗教的な集まりへの参加)の中の役割

個人因子

＜ご本人意向: 思い・気持ち＞
＜家族意向: 思い・気持ち＞
(生活歴、過ごし方、趣味)

①個人因子
その人「固有の特徴」:
①年齢・性別・民族、
②生活歴(職歴・学歴・家族歴 等々)
③価値観・ライフスタイル・問題解決の方法 等々

＜期待したいサポート・医療: ①望む暮らしのために、②人生のしめくりのために、③緊急時対応の希望＞

介護・相談系

環境因子

氏名: (続柄) _____)
住所: 〒 _____)
緊急連絡先: _____)
特記事項: (役割・かわり・暮らし・健康状態)

氏名: (続柄) _____)
住所: 〒 _____)
緊急連絡先: _____)
特記事項: (役割・かわり・暮らし・健康状態)

①受診機関:
②受診機関:

＜家族構成＞
＜環境: 屋内・周囲・近隣＞
①環境
②物的環境: 建物、道路、交通機関、
・日常的に使用するもの: 食品、薬、衣服、福祉用具(杖など歩行補助具、義肢装具、車いす)、自然環境: 地理・植樹・動物・災害状況など
○福祉用具 なし・あり
○かかりつけ薬局

介護・相談系

記入事業者名: _____ 職種: _____ 氏名: _____ 平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日

⑤ 石川県小松市「医療・介護連携に関する様式集」

小松市

医療・介護連携に関する様式集

この様式集は平成27年度小松市在宅医療・介護連携推進部会にて検討し、多職種が連携する際の参考様式として示すものです。ぜひ活用ください。

連携の際に、この様式を使うことを義務付けるものではありません。より良いものにしていくため、各事業所で工夫している連携様式等がありましたら、ぜひ情報提供をお願いいたします。

【内容】

- ①医療と介護の連携シート（外来主治医あて連絡票）
- ②医療と介護の連携シート（主治医・ケアマネジャー連絡票）
- ③入院時情報提供書
- ④退院・退所情報提供書

平成 年 月 日

医療と介護の連携シート (主治医・ケアマネジャー連絡票)

医療機関の名称 所在地 電話番号 FAX番号 主治医	<input type="checkbox"/> →	介護事業所の名称 所在地 電話番号 FAX番号 担当居宅介護支援専門員
	<input type="checkbox"/> ←	

利用者の情報 (※欄は「ケアマネジャー→主治医」の場合のみ記入)

ふりがな		生年月日	M・T・S	年	月	日
氏名						
※要介護度	要支援1・2	要介護1・2・3・4・5	申請中			
※他医受診歴の有無	無 有 (科・疾患名)					

ケアマネジャー記載欄

本票送付の目的: <input type="checkbox"/> 報告 <input type="checkbox"/> 連絡 <input type="checkbox"/> 相談 <input type="checkbox"/> 返信	返信希望の有無: <input type="checkbox"/> 返信願います <input type="checkbox"/> 返信不要です
<内容>	
<input type="checkbox"/> 契約時の同意の他、改めてご本人の承諾を得て送付いたします。	
<input type="checkbox"/> 改めて承諾は得ておりませんが、契約時の同意に基づき、ご本人への居宅介護支援に必要なので送付いたします (特記事項:)	

医師記載欄

本票送付の目的: <input type="checkbox"/> 返信 <input type="checkbox"/> 報告 <input type="checkbox"/> 連絡 <input type="checkbox"/> 相談	返信希望の有無: <input type="checkbox"/> 返信願います <input type="checkbox"/> 返信不要です
<input type="checkbox"/> → <input type="checkbox"/> 電話してください ⇒ 月 火 水 木 金 土 の 午前・午後 () 時頃 <input type="checkbox"/> → <input type="checkbox"/> 下記のとおり回答します	
<内容>	

平成 年 月 日

医療と介護の連携シート（外来主治医あて連絡票）

医療機関の名称	←	介護事業所の名称	
所在地		所在地	
電話番号		電話番号	
FAX番号		FAX番号	
主治医		科	担当居宅介護支援専門員

利用者の情報

ふりがな		生年月日	M・T・S 年 月 日
氏名			
要介護度	要支援1・2 要介護1・2・3・4・5 申請中		
他医受診歴の有無	無 有（ 科・疾患名 ）		

ケアマネジャー記載欄

<p><本票送付の目的></p>
<p><内容></p>
<p><input type="checkbox"/> 契約時の同意の他、改めてご本人の承諾を得て送付いたします。</p> <p><input type="checkbox"/> 改めて承諾は得ておりませんが、契約時の同意に基づき、ご本人への居宅介護支援に必要なので送付いたします（特記事項： ）</p>

入院・入所情報提供書

作成日： 年 月 日
 病院（ 科）
 先生 御机下

事業所名： (担当:)
 〒 -
 小松市 町 番地
 TEL: 0761- -
 FAX: 0761- -
 E-mail: @

平素より大変お世話になり有り難うございます。
 このたび入院（予定）の 様（ 年 月 日生）
 につきまして、在宅でのご様子（入院前）をお知らせいたします。
 大変雑駁な情報で恐縮ですが、先生のお役に立てば幸いです。
 今後ともご指導ご教示くださいますようお願いいたします。

生活目標							
介護保険	認定	要介護 ・ 要支援 (平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日)	障がい手帳等 その他				
	通所	介護・リハビリ・認知 回/月					
	訪問	介護・看護・リハビリ・入浴 回/月					
	短期入所	生活・療養 回/月					
	福祉用具						
	住宅改修						
	その他						
【特記】							
生活動作等	移動等	起居	可・掴まり可・不可	排泄 入浴 更衣	排尿	自立・一部介助・全介助	
		座位	可・掴まり可・不可		排便	自立・一部介助・全介助	
		立位	可・掴まり可・不可		失禁	無し・まれに・時々・有り	
		歩行	自立・杖・歩行器・車椅子（自走・介助）		方法	トイレ・ポータブル・カテーテル	
	食事	準備	本人・家族・ヘルパー		オムツ	不使用・常時・夜間のみ	
		介助	自立・一部介助・全介助		医療	無し・ストーマ・その他	
		手段	箸・フォーク・スプーン・自助具		入浴	浴槽 自立・見守り・一部介助・全介助	
		種類	主食		普通・軟飯・粥・ミキサー	洗身	自立・見守り・一部介助・全介助
			副食		普通・軟菜・刻み・ソフト・ミキサー	上	自立・見守り・一部介助・全介助
		義歯	上		無 ・ 総 ・ 部分	下	自立・見守り・一部介助・全介助
			下		無 ・ 総 ・ 部分	【特記】	
		嚥下障害	無し ・ 有り				
咀嚼障害	無し ・ 有り						
内服管理	自立・声掛けで可・不可						
認知機能	物忘れ	無し・年相応・有り（短期・長期）	【BPSD】無し ・ 有り				
	見当識	時間	無し・時間・月日・季節				
		場所	無し・迷子（夜間・日中）				
		人	無し・有り				
	会話	できる・疎通困難・できない					
意思決定	できる・難しい・できない						
家族状況	キーパーソン		その他把握している情報	現病・既往			
	主たる介護者			療養上の留意点			
	【家族の状況】			視力の障害	無し ・ 有り		
					聴力の障害	無し ・ 有り	
【特記】							

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
 主治医
 所属・担当者
 電話番号

ふりがな：	生年月日：
利用者氏名：	(男・女) (M・T・S) 年 月 日 (歳)
入院期間：入院日	年 月 日 ~ 退院(予定)日 年 月 日

	入院・入所中の状況	特記事項
疾病の状態	主病名： 主症状： 既往歴： 服薬状況： 服薬管理： 自立 ・ 一部介助 ・ 介助 ・ その他	(感染症等)
食事	自立 ・ 一部介助 ・ 介助 ・ その他 (ペースト・刻み・ソフト食・普通食・経管栄養)	
口腔ケア	自立 ・ 一部介助 ・ 介助 ・ その他	
移動	自立 ・ 一部介助 ・ 介助 ・ その他 (見守り・手引き・杖・歩行器・シルバーカー・車イス)	(独自の方法・転倒危険)
入浴	自立 ・ 一部介助 ・ 介助 ・ 不可 (シャワー・清拭)	
衣服の着脱	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 介助	
排泄	自立 ・ 見守り ・ 介助 ・ オムツ (常時・夜間のみ)	(留置カテーテル等)
夜間の状態	良眠 ・ 不穏 (状態：)	
療養上の留意する事項		
医療系在宅サービスの必要性	訪問看護	必要性 (あり・なし)
	訪問リハビリ	必要性 (あり・なし)
	居宅療養管理指導	必要性 (あり・なし)
	通所リハビリ (デイケア)	必要性 (あり・なし)
	短期入所 (老人保健施設、介護療養型)	必要性 (あり・なし)

⑥ 福島県: 県中医療圏
「入院時情報提供シート」, 「退院調整共有情報」

入院時情報提供シート

事業所名		担当者名	
電話番号		FAX番号	
氏名	生年月日	明・大・昭 歳	年 月 日 (性別 男・女
緊急時連絡先(優先順位)			
氏名	住所	続柄	電話番号
1			
2			
3			
現病歴		既往歴	
家族構成図		住環境	
<input type="checkbox"/> 一戸建 <input type="checkbox"/> 集合住宅(階建て 階) エレベーター(有・無) <input type="checkbox"/> 住環境上の問題()		<input type="checkbox"/> 在宅主治 医療機関名 Ⅰa 主治医名 医療機関名 Ⅰa 主治医名	
本人(回男性 ◎女性) 主・主介護者 ☆・キーパーソン ○・女性 □・男性		<input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 区分変更中(月 日) 要支援 1 2 要介護 1 2 3 4 5	
介護保険認定有効期間		年 月 日 ~ 年 月 日	
サ ー ビ ス 利 用 状		<input type="checkbox"/> 訪問介護(回/週) <input type="checkbox"/> 訪問看護(回/週) <input type="checkbox"/> 通所介護(回/週) <input type="checkbox"/> 訪問入浴(回/週) <input type="checkbox"/> 通所リハビリ(/週) <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ(回/週) <input type="checkbox"/> 短期入所(回/週) <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与(内容:) <input type="checkbox"/> その他()	
ADL等	自立	見守り	一部 介 助
移動	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
移動	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
口腔清潔	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
食 事	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
更 衣	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
入 浴	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
排 泄	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
療養上の問題 服薬管理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
療養上の問題	無・有(幻視・幻聴・興奮・不穏・妄想・暴力・介護への抵抗・昼夜逆転・不眠・徘徊・不潔行為・危険行為・意思疎通困難・その他())		
医療処置	無・有 ①内容:バルンカテーテル・ストマ・インスリン・喀痰吸引・胃ろう・じょくそう・気管切開・在宅酸素 その他() ②方法(誰が行う):本人・訪問看護・家族(具体的には誰)		
経済状況	年金・生活保護・その他() 金銭管理:本人・その他()		
世帯構成	独居・高齢者夫婦世帯・その他() キーパーソン()		
介護力	主介護者() 主介護者以外の支援者() 介護の指導(無・有) 理解の状況:十分・不十分・問題()		
連絡事項等(日中の生活・活動状況、在宅での目標、本人・家族の思い)			

この情報を提供することについて、ご本人またはご家族から同意をいただいています。

退院調整共有情報

担当ケアマネ()

面談日時	平成 年 月 日() 時 分 ~ 時 分		場所		
面接参加者			病院の連絡窓口(所属)	()	
氏名			生年月日	明・大・昭 年 月 日(歳)	性別 男・女
病名 (入院理由)			合併症		
既往歴			入院期間	平成 年 月 日~平成 年 月 日(予定)	
病院主治医 (診療科名)	()		在宅主治医		
①病院から本人・家族への病状の説明内容 ②本人・家族の受け止め方 ③本人・家族の今後の希					
今後治療方針等(治療方針・受診計画・訪問看護への指示内容など)					
退院後受診 医療機関	本院・在宅医・その他()		次回受診予定: 平成 年 月 日		
リハビリ	無・有 (内容)				
薬物治療	無・有 (内容)				
医療処置	無・有 ①内容:バルンカテーテル・ストマ・インスリン・喀痰吸引・胃ろう・じょくそう(部位)・気管切開・在宅酸素 その他() ②方法(誰が行う):本人・訪問看護・家族(具体的には誰)				
生活上の指示	無・有 (内容)				
A DL 等	自立	見守り	一部 介助	全介助	病棟での様子
移動	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	車いす・杖使用・歩行器使用・装具・補助具使用
移乗	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	床からの立ち上がり(可・不可)
口腔清潔	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	義歯(無・有)
食 事	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	普通食・治療食(Kcal) 糖尿病食 高血圧食 腎臓病食 その他() 経管栄養()
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	主食: 米飯・粥(全・五分)・ミキサー (平均摂取量 割程度)
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	副食: 通常・一口大・刻み・極小刻み・ミキサー(とろみ付:無・有) (平均摂取量 割程度) 水分摂取:(1日 ml) 制限:無・有(1日 ml) ・とろみ剤使用(無・有) 嚥下障害(無
更衣	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
入浴	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	浴室の有無(有・無) 入浴制限:無・有(シャワー浴・清拭・その他())
排泄	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	場所:トイレ・ポータブル・尿器・オムツ
療養上の問題 服薬管理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
療養上の問題	無・有(幻視・幻聴・興奮・不穏・妄想・暴力・介護への抵抗・昼夜逆転・不眠・徘徊・不潔行為・危険行為・意思疎通困難・その他())				
	認知症の症状(無・有) うつ傾向(無・有) 聴覚障害(無・有) 視覚障害(無)				
感染症	MRSA保菌(保菌部位:痰・血液・尿・創部・鼻腔)・HBV・HCV・疥癬・その他()				
経済状況	年金・生活保護・その他()		金銭管理:本人・その他()		
世帯構成	独居・高齢者夫婦世帯・その他()		キーパーソン()		
介護力	主介護者()		主介護者以外の支援者()		介護の指導(無・有) 理解の状況:十分・不十分:問題()
備考欄					

退院調整共有情報(退院に向けて共有したい情報とその理由)

共有したい情報	その理由
医療に関すること	
診断名・合併症・既往歴	・ 特定疾患など使える情報があるか確認する必要がある。
今回の入院の理由	・ 入院の背景を知り、これまでの服薬等の病状の管理に問題がなかったか、生活環境に転倒等のリスクとなる要因がなかったかを確認することで在宅に戻った際、病状の悪化や再入院を防ぐ対応をする。
病院から「病状の説明内容」と本人・家族の「受け止め方」「今後の希望」	・ 「家に帰る」ことだけを目標にするのではなく、本人が「家でどの様に過ごしていきたいのか」を目標にして支援をする。本人の意思が明確でないと、家族や支援者も混乱することが多い。また、このことについて入院中に本人、病棟スタッフと共有し退院に向けて準備していくことが重要である。
今後の治療	
治療内容	・ 病気の再発防止のための受診の管理を行う必要がある。
受診の必要性	・ 必要に応じて同行する。
リハビリの必要性や内容	・ どの程度の内容で、誰が指導するのか(介護保険サービスによるリハビリの必要性の有無)。 ・ 適正なリハビリの方法を知り安全に行えるようにする。
薬物治療内容	・ 在宅でのADLに影響を及ぼすため(副作用がでるのか)。 ・ 在宅で管理できる投薬内容か確認する必要がある。 ・ 食事との組み合わせで支障がでるものがないか確認する必要がある。
訪問看護への情報	・ 身体状況とその対応についてチームで共有する必要がある。
医療処置	
内容・方法	・ 事故防止のための正しい処置を確認する。 ・ 適切な処置や管理の体制を整える必要がある。
生活上の指示	
食事制限(形態・水分)	・ 病状のコントロールに影響するため必要(ADLと関連する)。
活動制限	・ 利用するサービスに制限が出てくる場合がある。
ADL等	
移動方法・入浴・更衣・排泄・食事摂取・嚥下	・ 本人がどこまで出来るのか、介助の必要性を確認する。 ・ これまでのサービスから変更の必要があるか判断する。 ・ 住環境の整備のため、住宅改修・福祉用具の導入の必要性を確認する。
療養上の問題	
服薬管理	・ 服薬管理が出来るのか。介助が必要なのか。
理解力	・ どの程度の理解力があるのか。治療や介護の同意が可能か知る。
周辺症状の有無	・ 家族の介護負担に大きく影響する。あればそのときの対処の仕方などを知る。
感染症	
感染症の有無	・ 感染症の有無によりサービスの利用に支障がでる場合がある。
経済状況	
制度利用の有無	・ サービス利用等について各制度の担当と連携する必要があるため。
金銭管理	・ 本人以外の方が管理する場合、費用が発生する際の相談をする必要が出てくる。 ・ 経済的な虐待が疑われる場合の対応に配慮が必要になってくる場合がある。
家族	
世帯構成	・ 家族状況・血縁者の存在を確認する。
主介護者や介護力	・ ヘルパー利用の必要性および支援の内容、時間が変わる。
様々な場面でのキーパーソン	・ (経済)在宅サービスの利用において、負担可能な範囲を確認する必要がある。 ・ (様々な方針決定)家族内の意見が異なることが多い。窓口となる方を決める。
緊急連絡先	・ 在宅での急変時、サービス中のアクシデント等の際に判断を仰ぐ。
家族の支援状況・思い	・ 在宅療養の長期化、看取りを視野に入れて支援する必要が出てくる。 ・ 同居家族がいる場合は、日中独居等でもサービス導入に関して十分に検討する必要がある。
家族以外の支援者	・ 支援できる家族がいない場合、生活保護、様々な決定支援等を支える人が必要。 ・ 金銭管理、契約等に関する支援者がいる場合、連携のために把握する必要がある。

⑦ 鹿児島県:鹿児島保健医療圏
「入院時情報提供シート」,「退院支援情報共有シート」

様式1 入院時情報提供シート

平成 年 月 日

事業所名		電話番号	
担当者名		FAX番号	

氏名		生年月日	明・大・昭 年 月 日	年齢	歳	性別	男・女
緊急時連絡先	氏名	住所	続柄	電話番号			

家族構成図 <small>主・主介護者 ☆・キーパーソン ○・女性 □・男性</small>	住環境	<input type="checkbox"/> 一戸建 <input type="checkbox"/> 集合住宅(階建て 階) エレベーター(<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) <input type="checkbox"/> 手すり(<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) <input type="checkbox"/> 段差(<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)					
	在宅主治医	医療機関名() TEL: ()					
	要介護度	<input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 区分変更中 <input type="checkbox"/> 非該当 要支援 1 2 要介護 1 2 3 4 5 認定日: 年 月 日 有効期間: 年 月 日 ~ 年 月 日					
	特定疾患医療受給者証	<input type="checkbox"/> 有(疾患名:) <input type="checkbox"/> 無					
	障害者手帳	<input type="checkbox"/> 身体 <input type="checkbox"/> 知的 <input type="checkbox"/> 精神 (程度:)	生活保護の受給	<input type="checkbox"/> 有(担当CW名:) <input type="checkbox"/> 無			

サービス利用状況

<input type="checkbox"/> 訪問介護(回/週)	<input type="checkbox"/> 訪問看護(回/週)	<input type="checkbox"/> 通所介護(回/週)
<input type="checkbox"/> 通所リハビリ(回/週)	<input type="checkbox"/> 訪問リハ(回/週)	<input type="checkbox"/> 短期入所(回/週)
<input type="checkbox"/> 福祉用具貸与(内容:)	<input type="checkbox"/> 住宅改修(内容:)	
<input type="checkbox"/> その他()		

ADL	自立	見守り	一部介助	全介助	要支援は必要事項のみ記入	
移動方法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 杖使用 <input type="checkbox"/> 歩行器使用 <input type="checkbox"/> 装具・補助具使用	
移乗方法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
口腔清潔	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
食 事	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 治療食 (<input type="checkbox"/> Kcal <input type="checkbox"/> 糖尿病食 <input type="checkbox"/> 高血圧食 <input type="checkbox"/> 腎臓病食 <input type="checkbox"/> その他) <input type="checkbox"/> 経管栄養 主食: <input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> ミキサー 副食: <input type="checkbox"/> 通常 <input type="checkbox"/> 一口大 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> 極小刻み <input type="checkbox"/> ミキサー(口とろみ付) <input type="checkbox"/> ソフト食 水分摂取量:1日 ml とろみ剤使用 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし アレルギー: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有() 食への意欲: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 摂取方法: <input type="checkbox"/> はし <input type="checkbox"/> スプーン <input type="checkbox"/> その他() 嚥下・咀嚼状況(留意点)()	
	更衣	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	入 浴	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 自宅(浴室) <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 通所系サービス <input type="checkbox"/> 清拭
	排 泄	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	場所: <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> オムツ
	服薬管理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	薬の種類()

療養上の問題	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(<input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 不穏 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 危険行為 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 意思疎通困難 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 認知(程度:) <input type="checkbox"/> その他() 同居家族の認知症の有無: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(程度:)
医療処置	<input type="checkbox"/> バルーンカテーテル <input type="checkbox"/> ストマ(人工肛門・人工膀胱) <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> じょくそう <input type="checkbox"/> その他() 処理の頻度() 家族での対応: <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可
家族の介護力	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(留意点等)
家族への介護指導	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有:理解の状況… <input type="checkbox"/> 十分 <input type="checkbox"/> 不十分(問題点:)

◆既往歴

◆本人・家族が生活する上で大事にしていること、希望する生活

◆介護を行っていて気になること(家族と当事者間の関係等)

◆連絡事項・その他

この情報を提供することについて、ご本人またはご家族から同意をいただいています。

氏名	生年月日	明・大・昭 年 月 日	年齢	歳	性別	男・女
面談日時	平成 年 月 日() 午前・午後 時 分～ 時 分			場所		
医療機関名及び連絡窓口(所属)	()	電話	面談者(職種)			
入院の原因となった病名・状態像				合併症		
入院期間	入院日: 年 月 日～ 退院(予定)日: 年 月 日	要介護度	未申請 区分変更中 新規申請中 非該当 要支援1・2 要介護1・2・3・4・5 認定日: 年 月 日 有効期間: 年 月 日～ 年 月 日			
特定疾患医療受給者証	<input type="checkbox"/> 有(疾患名:) <input type="checkbox"/> 無	障害者手帳	<input type="checkbox"/> 身体 <input type="checkbox"/> 知的 <input type="checkbox"/> 精神 (程度:)	生活保護の受給	<input type="checkbox"/> 有(担当CW名:) <input type="checkbox"/> 無	
病院主治医	在宅主治医					
病院からの患者・家族への病状の説明内容と患者・家族の受け止め方、患者・家族の今後の希望						

ADL	自立	要介	要介	要介	要介	病状の様子
移動方法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 杖使用 <input type="checkbox"/> 歩行器使用 <input type="checkbox"/> 装具・補助具使用
移乗方法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
口腔清潔	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
食 事	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 治療食 (<input type="checkbox"/> Kcal <input type="checkbox"/> 糖尿病食 <input type="checkbox"/> 高血圧食 <input type="checkbox"/> 腎臓病食 <input type="checkbox"/> その他) <input type="checkbox"/> 経管栄養 主食: <input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> ミキサー (摂取量 割) 副食: <input type="checkbox"/> 通常 <input type="checkbox"/> 一口大 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> 極小刻み <input type="checkbox"/> ミキサー(口とろみ付) <input type="checkbox"/> ソフト食 (摂取量 割) 水分摂取量:1日 ml とろみ剤使用 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし アレルギー: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有() 食への意欲: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 摂取方法: <input type="checkbox"/> はし <input type="checkbox"/> スプーン <input type="checkbox"/> その他() 嚥下・咀嚼状況(留意点)()
	更 衣	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	入 浴	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	入浴の制限: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(<input type="checkbox"/> 浴槽 <input type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> 清拭 <input type="checkbox"/> その他()
	排 泄	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	場所: <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> オムツ
	服薬管理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	薬の種類() 薬の変更: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()

介護上の問題	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(<input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 不穏 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 危険行為 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 意思疎通困難 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 認知(程度:) 同居家族の認知症の有無: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(程度:) キーパーソン: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(連絡先:) <input type="checkbox"/> その他() 予後予測()
医療処置	<input type="checkbox"/> バルーンカテーテル <input type="checkbox"/> ストマ(人工肛門・人工膀胱) <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> じょくそう <input type="checkbox"/> その他() 処理の頻度() 家族での対応: <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可
家族の介護力	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(留意点等)
家族への介護支援	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有:理解の状況… <input type="checkbox"/> 十分 <input type="checkbox"/> 不十分(問題点:)

感染症	<input type="checkbox"/> HBV <input type="checkbox"/> HCV MRSA:保菌 <input type="checkbox"/> 発症(部位: <input type="checkbox"/> 痰 <input type="checkbox"/> 血液 <input type="checkbox"/> 尿 <input type="checkbox"/> 創部) <input type="checkbox"/> その他
病状に対する加療方針	
緊急時の対応	処置の方法: 連絡先: 搬送先:
かかりつけ医の情報	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(病院名: 医師名:)

◆リハビリ目標及び内容、頻度、運動制限(リハビリから確認):

◆看護を行っていて気になったこと(入院中のエピソード、家族と当事者間の言動等)

◆本人、家族の退院に対する意向(患者と家族との意向の乖離)

◆連絡事項・その他

※「主治医意見書」
(H21.9.30厚生労働省老健局長通知:別添3)

主治医意見書

記入日 平成 年 月 日

申請者	(ふりがな) -----	男 ・ 女	〒 _____
	明・大・昭 年 月 日生(歳)		連絡先 ()
上記の申請者に関する意見は以下の通りです。 主治医として、本意見書が介護サービス計画作成に利用されることに <input type="checkbox"/> 同意する。 <input type="checkbox"/> 同意しない。			
医師氏名 _____		電話 () _____	
医療機関名 _____		FAX () _____	
医療機関所在地 _____			
(1) 最終診察日	平成 年 月 日		
(2) 意見書作成回数	<input type="checkbox"/> 初回 <input type="checkbox"/> 2回目以上		
(3) 他科受診の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (有の場合)→ <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 ()		

1. 傷病に関する意見

(1) 診断名 (特定疾病または生活機能低下の直接の原因となっている傷病名については1.に記入) 及び発症年月日			
1. _____	発症年月日	(昭和・平成	年 月 日頃)
2. _____	発症年月日	(昭和・平成	年 月 日頃)
3. _____	発症年月日	(昭和・平成	年 月 日頃)
(2) 症状としての安定性		<input type="checkbox"/> 安定	<input type="checkbox"/> 不安定 <input type="checkbox"/> 不明
〔「不安定」とした場合、具体的な状況を記入〕			
(3) 生活機能低下の直接の原因となっている傷病または特定疾病の経過及び投薬内容を含む治療内容 〔最近(概ね6ヶ月以内)介護に影響のあったもの 及び 特定疾病についてはその診断の根拠等について記入〕			

2. 特別な医療 (過去14日間以内に受けた医療のすべてにチェック)

処置内容	<input type="checkbox"/> 点滴の管理	<input type="checkbox"/> 中心静脈栄養	<input type="checkbox"/> 透析	<input type="checkbox"/> ストーマの処置	<input type="checkbox"/> 酸素療法
	<input type="checkbox"/> レスピレーター	<input type="checkbox"/> 気管切開の処置	<input type="checkbox"/> 疼痛の看護	<input type="checkbox"/> 経管栄養	
特別な対応	<input type="checkbox"/> モニター測定(血圧、心拍、酸素飽和度等)		<input type="checkbox"/> 褥瘡の処置		
失禁への対応	<input type="checkbox"/> カテーテル(コンドームカテーテル、留置カテーテル等)				

3. 心身の状態に関する意見

(1) 日常生活の自立度等について	
・障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度)	<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"/> M
(2) 認知症の中核症状(認知症以外の疾患で同様の症状を認める場合を含む)	
・短期記憶	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり
・日常の意思決定を行うための認知能力	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> いくらか困難 <input type="checkbox"/> 見守りが必要 <input type="checkbox"/> 判断できない
・自分の意思の伝達能力	<input type="checkbox"/> 伝えられる <input type="checkbox"/> いくらか困難 <input type="checkbox"/> 具体的要求に限られる <input type="checkbox"/> 伝えられない
(3) 認知症の周辺症状 (該当する項目全てチェック: 認知症以外の疾患で同様の症状を認める場合を含む)	
<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 { <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴行 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 徘徊
	<input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食行動 <input type="checkbox"/> 性的問題行動 <input type="checkbox"/> その他 ()
(4) その他の精神・神経症状	
<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 [症状名: _____ 専門医受診の有無 <input type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> 無]

(5) 身体の状態

利き腕 (□右 □左) 身長 = cm 体重 = kg (過去6ヶ月の体重の変化 □増加 □維持 □減少)

□四肢欠損 (部位: _____)

□麻痺 □右上肢 (程度: □軽 □中 □重) □左上肢 (程度: □軽 □中 □重)

□右下肢 (程度: □軽 □中 □重) □左下肢 (程度: □軽 □中 □重)

□その他 (部位: _____ 程度: □軽 □中 □重)

□筋力の低下 (部位: _____ 程度: □軽 □中 □重)

□関節の拘縮 (部位: _____ 程度: □軽 □中 □重)

□関節の痛み (部位: _____ 程度: □軽 □中 □重)

□失調・不随意運動 ・上肢 □右 □左 ・下肢 □右 □左 ・体幹 □右 □左

□褥瘡 (部位: _____ 程度: □軽 □中 □重)

□その他の皮膚疾患 (部位: _____ 程度: □軽 □中 □重)

4. 生活機能とサービスに関する意見

(1) 移動

屋外歩行 □自立 □介助があればしている □していない

車いすの使用 □用いていない □主に自分で操作している □主に他人が操作している

歩行補助具・装具の使用(複数選択可) □用いていない □屋外で使用 □屋内で使用

(2) 栄養・食生活

食事行為 □自立ないし何とか自分で食べられる □全面介助

現在の栄養状態 □良好 □不良

→ 栄養・食生活上の留意点 (_____)

(3) 現在あるかまたは今後発生の可能性の高い状態とその対処方針

□尿失禁 □転倒・骨折 □移動能力の低下 □褥瘡 □心肺機能の低下 □閉じこもり □意欲低下 □徘徊

□低栄養 □摂食・嚥下機能低下 □脱水 □易感染性 □がん等による疼痛 □その他 (_____)

→ 対処方針 (_____)

(4) サービス利用による生活機能の維持・改善の見通し

□期待できる □期待できない □不明

(5) 医学的管理の必要性 (特に必要性の高いものには下線を引いて下さい。予防給付により提供されるサービスを含みます。)

□訪問診療 □訪問看護 □看護職員の訪問による相談・支援 □訪問歯科診療

□訪問薬剤管理指導 □訪問リハビリテーション □短期入所療養介護 □訪問歯科衛生指導

□訪問栄養食事指導 □通所リハビリテーション □その他の医療系サービス (_____)

(6) サービス提供時における医学的観点からの留意事項

・血圧 □特になし □あり (_____) ・移動 □特になし □あり (_____)

・摂食 □特になし □あり (_____) ・運動 □特になし □あり (_____)

・嚥下 □特になし □あり (_____) ・その他 (_____)

(7) 感染症の有無 (有の場合は具体的に記入して下さい)

□無 □有 (_____) □不明

5. 特記すべき事項

要介護認定及び介護サービス計画作成時に必要な医学的など意見を記載して下さい。なお、専門医等に別途意見を求めた場合はその内容、結果も記載して下さい。(情報提供書や身体障害者申請診断書の写し等を添付して頂いても結構です。)