

## マイナーチェンジの変更点

### 基本ツール

#### ● 身体・生活機能等

- ・ バーセルインデックスの並びと項目名に変更
- ・ 口腔・栄養の項目を追加
- ・ 上記の変更に伴う応用ツールへの展開指示の修正

## マイナーチェンジの公開まで

### スケジュール（予定）

- ・ 10月11日 情報共有ツール作業部会にて承認
- ・ 10月19日 大規模研修会で報告
- ・ 11月29日 函館市医療・介護連携推進協議会にて報告・承認
- ・ 12月2日 公開

はこだて医療・介護連携サマリー【基本ツール】

(チェック式)

|           |    |           |   |
|-----------|----|-----------|---|
| 情報提供先施設名称 | 御中 | 情報提供先担当者名 | 様 |
|-----------|----|-----------|---|

変更前

● 基本情報等

|              |                                                                                                                                                                                 |                                                            |                                                          |                                                          |                                                               |                                                                                            |                                                                  |
|--------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|
| (フリガナ)<br>氏名 | 生年・性別等                                                                                                                                                                          | 生                                                          | 生活保護                                                     | <input type="checkbox"/> 無<br><input type="checkbox"/> 有 | 障害等認定                                                         | <input type="checkbox"/> 無<br><input type="checkbox"/> 療育<br><input type="checkbox"/> 特定疾患 | <input type="checkbox"/> 身障(級)<br><input type="checkbox"/> 精神(級) |
| 現住所          | 電話番号                                                                                                                                                                            |                                                            |                                                          |                                                          |                                                               |                                                                                            |                                                                  |
| 居住           | <input type="checkbox"/> 戸建(階)<br><input type="checkbox"/> 集合住宅(階)                                                                                                              | ※エレベータ                                                     | <input type="checkbox"/> 有<br><input type="checkbox"/> 無 | 医療保険種類                                                   | <input type="checkbox"/> 健康保険<br><input type="checkbox"/> その他 | <input type="checkbox"/> 国民健康保険<br><input type="checkbox"/> 後期高齢者                          |                                                                  |
| 要介護度         | 認定有効期間                                                                                                                                                                          | ～                                                          | 年 月 日<br>年 月 日                                           | 障害高齢者日常生活自立度(寝たきり度)                                      |                                                               | 認知症高齢者日常生活自立度                                                                              |                                                                  |
| 同居家族         | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 子の配偶者 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> その他( ) |                                                            |                                                          |                                                          |                                                               |                                                                                            |                                                                  |
| 連絡先①         | 続柄                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> 同居<br><input type="checkbox"/> 別居 | 電話                                                       | 関係                                                       | <input type="checkbox"/> 主介護者<br><input type="checkbox"/> その他 | <input type="checkbox"/> キーパーソン                                                            | ( )                                                              |
| 連絡先②         | 続柄                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> 同居<br><input type="checkbox"/> 別居 | 電話                                                       | 関係                                                       | <input type="checkbox"/> 主介護者<br><input type="checkbox"/> その他 | <input type="checkbox"/> キーパーソン                                                            | ( )                                                              |

● 医療情報等 \*歯科医師等が摂食や口腔ケアに介入されている場合は、応用ツール④を作成下さい。

| 主病名 | 医療機関等名称 | 診療科名等 | 担当医 | 受診状況等 | *特記                      |
|-----|---------|-------|-----|-------|--------------------------|
|     |         |       |     |       | <input type="checkbox"/> |
|     |         |       |     |       | <input type="checkbox"/> |
|     |         |       |     |       | <input type="checkbox"/> |

\*特記の付く場合は応用ツール⑨を作成して下さい。

● 身体・生活機能等

|                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                       |                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                          |
|-------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 評価日                                                   | 令和 年 月 日                                                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> 入院時 <input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 退院時<br><input type="checkbox"/> 地域生活期 <input type="checkbox"/> その他( ) |
| *起居動作                               | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 移動                                                    | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす<br><input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> その他( ) |                                                                                                                                                          |
| 麻痺の状況                               | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 麻痺の部位                                                 | <input type="checkbox"/> 左上肢 <input type="checkbox"/> 右上肢 <input type="checkbox"/> その他<br><input type="checkbox"/> 左下肢 <input type="checkbox"/> 右下肢 ( )                         |                                                                                                                                                          |
| 視力[日常生活に支障]                         | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有⇒( )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | *眼鏡                                                   | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有                                                                                                                           |                                                                                                                                                          |
| 聴力[日常生活に支障]                         | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有⇒( )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | *補聴器                                                  | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有                                                                                                                           |                                                                                                                                                          |
| 意思の伝達                               | <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 時々可 <input type="checkbox"/> ほとんど不可 <input type="checkbox"/> 不可                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 失語症                                                   | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 不明                                                                                               |                                                                                                                                                          |
| *認知症症状                              | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 記憶障害 <input type="checkbox"/> 幻覚・妄想 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 抑うつ・不安<br><input type="checkbox"/> 暴言・暴力 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> その他 ( )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                       |                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                          |
| 食事摂取                                | *食形態 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> ソフト <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> 流動<br>*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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 水分トロミ                                                 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有                                                                                                                           |                                                                                                                                                          |
| 口腔                                  | *口腔ケア <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 義歯使用                                                  | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 要アセスメント                                                                                          |                                                                                                                                                          |
| 排泄                                  | 排尿介助 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助<br>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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | PT-イレ使用                                               | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 夜間 <input type="checkbox"/> 常時                                                                                              |                                                                                                                                                          |
| 衣服の着脱                               | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | *服薬管理                                                 | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り<br><input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助                                                          |                                                                                                                                                          |
| 入浴(保清等)                             | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                       |                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                          |
| *特別な医療等                             | <div> <input type="checkbox"/> 褥瘡 (応用ツール② 作成)<br/> <input type="checkbox"/> 皮膚疾患 (応用ツール⑬ 作成)<br/> <input type="checkbox"/> 認知症 (応用ツール③ 作成)<br/> <input type="checkbox"/> 食事摂取困難 (応用ツール④ 作成)<br/> <input type="checkbox"/> 自己腹膜灌流装置 (応用ツール⑤ 作成)<br/> <input type="checkbox"/> 透析液供給装置<br/> <input type="checkbox"/> 酸素療法 (応用ツール⑥ 作成)<br/> <input type="checkbox"/> 吸引器<br/> <input type="checkbox"/> 輸液ポンプ<br/> <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 (応用ツール⑦ 作成)<br/> <input type="checkbox"/> 在宅自己注射(インスリン) (応用ツール⑧ 作成)<br/> <input type="checkbox"/> 経管栄養 (応用ツール⑨ 作成)         </div> <div> <input type="checkbox"/> 留置カテーテル (応用ツール⑩ 作成)<br/> <input type="checkbox"/> 自己導尿 (応用ツール⑪ 作成)<br/> <input type="checkbox"/> 腎臓・尿管皮膚瘻 (応用ツール⑫ 作成)<br/> <input type="checkbox"/> ドレーン (部位: )<br/> <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 (応用ツール⑬ 作成)<br/> <input type="checkbox"/> 気管カニューレ (応用ツール⑭ 作成)<br/> <input type="checkbox"/> 人工肛門・人工膀胱 (応用ツール⑮ 作成)<br/> <input type="checkbox"/> 感染症 (応用ツール⑯ 作成)<br/> <input type="checkbox"/> リハビリテーション (リハビリテーションサマリー 作成)<br/> <input type="checkbox"/> 痛末期疼痛管理 (応用ツール⑰ 作成)<br/> <input type="checkbox"/> 本人の意向を尊重した意思決定支援のための情報 (応用ツール⑱ 作成)<br/> <input type="checkbox"/> その他 (応用ツール⑱ 作成)         </div> |                                                       |                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                          |
| 在宅介護サービス等                           | <input type="checkbox"/> 訪問診療 <input type="checkbox"/> 訪問歯科診療 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ <input type="checkbox"/> 通所リハビリ<br><input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> ショートステイ <input type="checkbox"/> 住宅改修 <input type="checkbox"/> 福祉用具 <input type="checkbox"/> 定期巡回 <input type="checkbox"/> 小多機 <input type="checkbox"/> 看多機<br><input type="checkbox"/> 居宅介護支援 <input type="checkbox"/> 包括支援センター <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> その他( )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                       |                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                          |
| *介護上、特に注意すべき点等<br>(〔有〕の場合応用ツール⑱ 作成) |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 | *医療・ケアに関する本人・家族の意向等<br>(〔有〕の場合応用ツール⑱ 作成)                                                                                                                                        |                                                                                                                                                          |

\*起居動作[自立・見守り]以外は応用ツール⑨を、認知症症状[無]以外は応用ツール③を作成下さい。

\*食形態・動作・口腔ケアの項目で[普通・自立]以外を選択した場合は応用ツール④を、服薬管理[自立]以外は応用ツール⑱を作成下さい。

|           |     |     |     |  |
|-----------|-----|-----|-----|--|
| 本サマリーの記入者 | 所属名 |     |     |  |
| 電話        | FAX | 記入者 | 作成日 |  |

\*応用ツール以外の書式を添付する場合は応用ツール①を必ず作成下さい。

## はこだて医療・介護連携サマリー【基本ツール】

(チェック式)

|              |                                                                                                                                                                                 |   |                                                            |                     |                                                                                                                                        |                                                                                                     |                                                                                                                                                                   |
|--------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|------------------------------------------------------------|---------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 情報提供先施設名称    | 御中                                                                                                                                                                              |   | 情報提供先担当者名                                                  | 様                   |                                                                                                                                        | 変更後                                                                                                 |                                                                                                                                                                   |
| ● 基本情報等      |                                                                                                                                                                                 |   |                                                            |                     |                                                                                                                                        |                                                                                                     |                                                                                                                                                                   |
| (フリガナ)<br>氏名 | 生年・性別等                                                                                                                                                                          |   | 生                                                          | 生活保護                | <input type="checkbox"/> 無<br><input type="checkbox"/> 有                                                                               | 障害等認定                                                                                               | <input type="checkbox"/> 無<br><input type="checkbox"/> 療育<br><input type="checkbox"/> 特定疾患( )<br><input type="checkbox"/> 身障( )<br><input type="checkbox"/> 精神( ) |
| 現住所          |                                                                                                                                                                                 |   |                                                            | 電話番号                |                                                                                                                                        |                                                                                                     |                                                                                                                                                                   |
| 居住           | <input type="checkbox"/> 戸建( )<br><input type="checkbox"/> 集合住宅( ) ※エレベータ                                                                                                       |   |                                                            | 医療保険種類              | <input type="checkbox"/> 健康保険<br><input type="checkbox"/> 国民健康保険<br><input type="checkbox"/> 後期高齢者<br><input type="checkbox"/> その他 ( ) |                                                                                                     |                                                                                                                                                                   |
| 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                                                                                       |                                                                                                                                                                   |
| 同居家族         | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 子の配偶者 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> その他( ) |   |                                                            |                     |                                                                                                                                        |                                                                                                     |                                                                                                                                                                   |
| 連絡先①         | 続柄                                                                                                                                                                              |   | <input type="checkbox"/> 同居<br><input type="checkbox"/> 別居 | 電話                  | 関係                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> 主介護者<br><input type="checkbox"/> キーパーソン<br><input type="checkbox"/> その他( ) |                                                                                                                                                                   |
| 連絡先②         | 続柄                                                                                                                                                                              |   | <input type="checkbox"/> 同居<br><input type="checkbox"/> 別居 | 電話                  | 関係                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> 主介護者<br><input type="checkbox"/> キーパーソン<br><input type="checkbox"/> その他( ) |                                                                                                                                                                   |

## ● 医療情報等

\*歯科医師等が摂食や口腔ケアに介入されている場合は、応用ツール④を作成下さい。

|     |         |       |     |       |                          |
|-----|---------|-------|-----|-------|--------------------------|
| 主病名 | 医療機関等名称 | 診療科名等 | 担当医 | 受診状況等 | *特記                      |
|     |         |       |     |       | <input type="checkbox"/> |
|     |         |       |     |       | <input type="checkbox"/> |
|     |         |       |     |       | <input type="checkbox"/> |

\*特記の付く場合は応用ツール⑨を作成して下さい。

## ● 身体・生活機能等

|                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                              |                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                      |                                                       |                                                       |                                                       |
|----------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| 評価日            | 令和 年 月 日                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 入院時 <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( ) |                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                      |                                                       |                                                       |                                                       |
| *食事            | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | *食事・水分制限                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有                                                                                                                        |                                                                                                                                                      |                                                       |                                                       |                                                       |
| *椅子とベッド間の移乗    | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助(監視下) <input type="checkbox"/> 一部介助(座れるが移れない) <input type="checkbox"/> 全介助                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 移動                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> その他( ) |                                                                                                                                                      |                                                       |                                                       |                                                       |
| 整容             | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | オムツ使用(パッド含む)                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 夜間 <input type="checkbox"/> 常時                                                                                           |                                                                                                                                                      |                                                       |                                                       |                                                       |
| トイレ動作          | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | トイレ使用                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 夜間 <input type="checkbox"/> 常時                                                                                           |                                                                                                                                                      |                                                       |                                                       |                                                       |
| 入浴             | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | *認知症症状                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 記憶障害 <input type="checkbox"/> 幻覚・妄想                                                                                      |                                                                                                                                                      |                                                       |                                                       |                                                       |
| 平地歩行           | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助(歩行器等) <input type="checkbox"/> 一部介助(車椅子操作が可能) <input type="checkbox"/> 全介助                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> 暴言・暴力 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 不潔行為                                                                                   |                                                                                                                                                      |                                                       |                                                       |                                                       |
| 階段昇降           | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                              | <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 ( )                                                 |                                                                                                                                                      |                                                       |                                                       |                                                       |
| 更衣             | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 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                                                          |                                                                                                                                                      |                                                       |                                                       |                                                       |
| 排便コントロール       | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 失語症                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 不明                                                                                            |                                                                                                                                                      |                                                       |                                                       |                                                       |
| 排尿コントロール       | <input type="checkbox"/> 自立 <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                                                          |                                                                                                                                                      |                                                       |                                                       |                                                       |
| 口腔・栄養          | 身長                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 体重                                                                                                                           | 歯の汚れ                                                                                                                                                                         | *むせ                                                                                                                                                  | *水分ロミ                                                 | 歯肉の腫れ・出血                                              | 義歯使用                                                  |
|                | cm                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | kg                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有                                                                                                | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 |
| 麻痺の状況          | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                              | 麻痺の部位                                                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> 左上肢 <input type="checkbox"/> 右上肢 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 左下肢 <input type="checkbox"/> 右下肢 ( ) |                                                       |                                                       |                                                       |
| 視力【日常生活に支障】    | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有⇒( )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                              | ・眼鏡                                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有                                                                                                |                                                       |                                                       |                                                       |
| 聴力【日常生活に支障】    | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有⇒( )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                              | ・補聴器                                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有                                                                                                |                                                       |                                                       |                                                       |
| *特別な医療等        | <input type="checkbox"/> 褥瘡 (応用ツール② 作成)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> 留置カテーテル (応用ツール⑩ 作成)                                                                                                                                 |                                                                                                                                                      |                                                       |                                                       |                                                       |
|                | <input type="checkbox"/> 皮膚疾患 (応用ツール⑨ 作成)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> 自己導尿 (応用ツール⑪ 作成)                                                                                                                                    |                                                                                                                                                      |                                                       |                                                       |                                                       |
|                | <input type="checkbox"/> 認知症 (応用ツール③ 作成)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> 腎臓・尿管皮膚瘻 (応用ツール⑫ 作成)                                                                                                                                |                                                                                                                                                      |                                                       |                                                       |                                                       |
|                | <input type="checkbox"/> 食事摂取困難 (応用ツール④ 作成)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> ドレーン (部位: )                                                                                                                                         |                                                                                                                                                      |                                                       |                                                       |                                                       |
|                | <input type="checkbox"/> 自己腹膜灌流装置 (応用ツール⑤ 作成)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 (応用ツール⑬ 作成)                                                                                                                                   |                                                                                                                                                      |                                                       |                                                       |                                                       |
|                | <input type="checkbox"/> 透析液供給装置                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> 気管カニューレ (応用ツール⑭ 作成)                                                                                                                                 |                                                                                                                                                      |                                                       |                                                       |                                                       |
|                | <input type="checkbox"/> 酸素療法 (応用ツール⑥ 作成)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> 人工肛門・人工膀胱 (応用ツール⑮ 作成)                                                                                                                               |                                                                                                                                                      |                                                       |                                                       |                                                       |
|                | <input type="checkbox"/> 吸引器                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> 感染症 (応用ツール⑯ 作成)                                                                                                                                     |                                                                                                                                                      |                                                       |                                                       |                                                       |
|                | <input type="checkbox"/> 輸液ポンプ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> リハビリテーション (リハビリテーションサマリー 作成)                                                                                                                        |                                                                                                                                                      |                                                       |                                                       |                                                       |
|                | <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 (応用ツール⑦ 作成)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> 癌末期疼痛管理 (応用ツール⑰ 作成)                                                                                                                                 |                                                                                                                                                      |                                                       |                                                       |                                                       |
|                | <input type="checkbox"/> 在宅自己注射(インスリン) (応用ツール⑧ 作成)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> 本人の意向を尊重した意思決定支援のための情報 (応用ツール⑱ 作成)                                                                                                                  |                                                                                                                                                      |                                                       |                                                       |                                                       |
|                | <input type="checkbox"/> 経管栄養 (応用ツール⑨ 作成)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> その他 (応用ツール⑱ 作成)                                                                                                                                     |                                                                                                                                                      |                                                       |                                                       |                                                       |
| 在宅介護サービス等      | <input type="checkbox"/> 訪問診療 <input type="checkbox"/> 訪問歯科診療 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ <input type="checkbox"/> 通所リハビリ <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> ショートステイ <input type="checkbox"/> 住宅改修 <input type="checkbox"/> 福祉用具 <input type="checkbox"/> 定期巡回 <input type="checkbox"/> 小多機 <input type="checkbox"/> 看多機 <input type="checkbox"/> 居宅介護支援 <input type="checkbox"/> 包括支援センター <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> その他( ) |                                                                                                                              |                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                      |                                                       |                                                       |                                                       |
| *介護上、特に注意すべき点等 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有                                                                        |                                                                                                                                                                              | *医療・ケアに関する本人・家族の意向等                                                                                                                                  |                                                       | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 |                                                       |

\*食事の項目で「自立」以外、食事・水分制限の項目で「有」、口腔・栄養欄のむせと水分ロミの項目で「有」を選択した場合は応用ツール④を作成下さい。

\*椅子とベッド間の移乗の項目で「自立」以外は応用ツール⑨を、認知症症状「無」以外は応用ツール③を、服薬管理「自立」以外は応用ツール⑨を作成下さい。

|           |     |     |     |  |  |
|-----------|-----|-----|-----|--|--|
| 本サマリーの記入者 | 所属名 |     |     |  |  |
| 電話        | FAX | 記入者 | 作成日 |  |  |

\*応用ツール以外の書式を添付する場合は応用ツール①を必ず作成下さい。

# はこだて医療・介護連携サマリー【基本ツール】

(プルダウン式)

|              |  |    |               |  |   |
|--------------|--|----|---------------|--|---|
| 情報提供先<br>股名称 |  | 御中 | 情報提供先担<br>当者名 |  | 様 |
|--------------|--|----|---------------|--|---|

変更前

## ● 基本情報等

|               |                        |            |         |            |                         |         |                   |  |                   |
|---------------|------------------------|------------|---------|------------|-------------------------|---------|-------------------|--|-------------------|
| (フリガナ)<br>氏 名 |                        | 生年・<br>性別等 |         | 生<br>(満 歳) | 生活<br>保護                |         | 障害等<br>認定         |  | ( )<br>( )<br>( ) |
| 現住所           |                        |            |         |            |                         | 電話番号    |                   |  |                   |
| 居住            | ※居住階、施設名等を下記に記載<br>( ) |            | ※エレベーター |            | 医療保険種類                  | その他 ( ) |                   |  |                   |
| 要介護度          |                        | 認定有<br>効期間 | ～       | 年 月 日      | 障害高齢者日常生活自立<br>度(寝たきり度) |         | 認知症高齢者日常<br>生活自立度 |  |                   |
| 同居家族          | その他 ( )                |            |         |            |                         |         |                   |  |                   |
| 連絡先①          |                        | 続柄         |         |            | 電話                      |         | 関係                |  | ( )               |
| 連絡先②          |                        | 続柄         |         |            | 電話                      |         | 関係                |  | ( )               |

## ● 医療情報等

\*歯科医師等が摂食や口腔ケアに介入されている場合は、応用ツール④を作成下さい。

| 主病名 | 医療機関等名称 | 診療科名等 | 担当医 | 受診状況等 | *特記 |
|-----|---------|-------|-----|-------|-----|
|     |         |       |     |       | □   |
|     |         |       |     |       | □   |
|     |         |       |     |       | □   |

\*特記の付く場合は応用ツール⑨を作成して下さい。

## ● 身体・生活機能等

|                                     |                                                            |     |                                          |   |                       |
|-------------------------------------|------------------------------------------------------------|-----|------------------------------------------|---|-----------------------|
| 評価日                                 | 令和                                                         | 年   | 月                                        | 日 | ( )                   |
| *起居動作                               |                                                            |     | 移動                                       |   | ⇒<br>・<br>・その他( )     |
| 麻痺の状況                               |                                                            |     | 麻痺の部位                                    |   | ・<br>・<br>・その他<br>( ) |
| 視力[日常生活に支障]                         |                                                            | ( ) | ・眼鏡                                      |   |                       |
| 聴力[日常生活に支障]                         |                                                            | ( ) | ・補聴器                                     |   |                       |
| 意思の伝達                               |                                                            |     | 失語症                                      |   |                       |
| *認知症症状                              | その他 ( )                                                    |     |                                          |   |                       |
| 食<br>事<br>摂<br>取                    | *食形態                                                       |     | 水分トロミ                                    |   |                       |
|                                     | *食動作                                                       |     | 食事・水分制限                                  |   |                       |
| 口<br>腔                              | *口腔ケア                                                      |     | 義歯使用                                     | □ | 要アセスメント               |
| 排<br>泄                              | 排尿介助                                                       |     | Pトイレ使用                                   |   |                       |
|                                     | 排便介助                                                       |     | オムツ使用(パッド含む)                             |   |                       |
| 衣服の着脱                               |                                                            |     | *服薬管理                                    |   |                       |
| 入浴(保清等)                             |                                                            |     |                                          |   |                       |
| *特別な医療等                             | <div>必要時は、右記の( )内に指定応用ツールを作成下さい。</div>                     |     |                                          |   |                       |
| 在宅介護サービス等                           | ・<br>・<br>・<br>・<br>・<br>・<br>・<br>・<br>・<br>・<br>・その他 ( ) |     |                                          |   |                       |
| *介護上、特に注意すべき点等<br>([有]の場合応用ツール⑩ 作成) |                                                            |     | *医療・ケアに関する本人・家族の意向等<br>([有]の場合応用ツール⑩ 作成) |   |                       |

\*起居動作[自立・見守り]以外は応用ツール⑨を、認知症症状[無]以外は応用ツール③を作成下さい。

\*食形態・動作・口腔ケアの項目で[普通・自立]以外を選択した場合は応用ツール④を、服薬管理[自立]以外は応用ツール⑩を作成下さい。

## 本サマリーの記入者

|     |  |     |  |     |  |
|-----|--|-----|--|-----|--|
| 所属名 |  |     |  |     |  |
| 電話  |  | FAX |  | 記入者 |  |
| 作成日 |  |     |  |     |  |

\*応用ツール以外の書式を添付する場合は応用ツール①を必ず作成下さい。

# はこだて医療・介護連携サマリー【基本ツール】

(プルダウン式)

|           |    |           |   |
|-----------|----|-----------|---|
| 情報提供先施設名称 | 御中 | 情報提供先担当者名 | 様 |
|-----------|----|-----------|---|

変更後

## ● 基本情報等

|              |                        |           |                     |                   |
|--------------|------------------------|-----------|---------------------|-------------------|
| (フリガナ)<br>氏名 | 生年・性別等                 | 生<br>生活保護 | 障害等認定               | ( )<br>( )<br>( ) |
| 現住所          | 電話番号                   |           |                     |                   |
| 居住           | ※居住階、施設名等を下記に記載<br>( ) | ※エレベーター   | 医療保険種類              | その他 ( )           |
| 要介護度         | 認定有効期間                 | ～         | 障害高齢者日常生活自立度(要たきり度) | 認知症高齢者日常生活自立度     |
| 同居家族         | その他 ( )                |           |                     |                   |
| 連絡先①         | 続柄                     | 電話        | 関係                  | ( )               |
| 連絡先②         | 続柄                     | 電話        | 関係                  | ( )               |

## ● 医療情報等

\*歯科医師等が摂食や口腔ケアに介入されている場合は、応用ツール④を作成下さい。

| 主病名 | 医療機関等名称 | 診療科名等 | 担当医 | 受診状況等 | *特記 |
|-----|---------|-------|-----|-------|-----|
|     |         |       |     |       |     |
|     |         |       |     |       |     |
|     |         |       |     |       |     |

\*特記 [有] 場合は応用ツール⑩を作成して下さい。

## ● 身体・生活機能等

|     |          |     |
|-----|----------|-----|
| 評価日 | 令和 年 月 日 | ( ) |
|-----|----------|-----|

|             |              |          |      |     |       |          |      |
|-------------|--------------|----------|------|-----|-------|----------|------|
| *食事         | *食事・水分制限     |          |      |     |       |          |      |
| *椅子とベッド間の移乗 | 移動           |          |      |     |       |          |      |
| 整容          | オムツ使用(パッド含む) |          |      |     |       |          |      |
| トイレ動作       | トイレ使用        |          |      |     |       |          |      |
| 入浴          | *認知症症状       |          |      |     |       |          |      |
| 平地歩行        |              |          |      |     |       |          |      |
| 階段昇降        |              |          |      |     |       |          |      |
| 更衣          | 意思の伝達        |          |      |     |       |          |      |
| 排便コントロール    | 失語症          |          |      |     |       |          |      |
| 排尿コントロール    | *服薬管理        |          |      |     |       |          |      |
| 口腔・栄養       | 身長<br>cm     | 体重<br>kg | 歯の汚れ | *むせ | *水分ロミ | 歯肉の出血・腫れ | 義歯使用 |

|                                     |                                          |        |
|-------------------------------------|------------------------------------------|--------|
| 麻痺の状況                               | 麻痺の部位                                    | その他( ) |
| 視力 [日常生活に支障]                        | ( )                                      | *眼鏡    |
| 聴力 [日常生活に支障]                        | ( )                                      | *補聴器   |
| *特別な医療等                             | 必要時は、右記の( )内に指定応用ツールを作成下さい。              |        |
| 在宅介護サービス等                           | その他 ( )                                  |        |
| *介護上、特に注意すべき点等<br>([有]の場合応用ツール⑩ 作成) | *医療・ケアに関する本人・家族の意向等<br>([有]の場合応用ツール⑩ 作成) |        |

\*食事の項目で[自立]以外、食事・水分制限の項目で[有]、口腔・栄養欄のむせと水分ロミの項目で[有]を選択した場合は応用ツール④を作成下さい。

\*椅子とベッド間の移乗の項目で[自立]以外は応用ツール⑩を、認知症症状[無]以外は応用ツール③を、服薬管理[自立]以外は応用ツール⑩を作成下さい。

|           |     |     |     |  |
|-----------|-----|-----|-----|--|
| 本サマリーの記入者 | 所属名 |     |     |  |
| 電話        | FAX | 記入者 | 作成日 |  |

\*応用ツール以外の書式を添付する場合は応用ツール①を必ず作成下さい。

|       |  |      |     |       |  |     |
|-------|--|------|-----|-------|--|-----|
| 相談受付日 |  | 受付方法 | ( ) | 受付対応者 |  | 変更前 |
|-------|--|------|-----|-------|--|-----|

|         |            |
|---------|------------|
| 課題分析の理由 | ( ) ( 前/ ) |
|---------|------------|

## ● 基本情報等

|      |                       |         |                     |        |               |                   |
|------|-----------------------|---------|---------------------|--------|---------------|-------------------|
| 氏名   | #N/A                  | 生年・性別等  | (満 歳)               | 生活保護   | 障害等認定         | ( )<br>( )<br>( ) |
| 現住所  |                       |         |                     |        | 電話番号          |                   |
| 居住   | ※居住階、施設名等下記に記載<br>( ) |         | ※エレベーター             | 医療保険種類 | その他 ( )       |                   |
| 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 |                   |
| 同居家族 | その他 ( )               |         |                     |        |               |                   |
| 連絡先① | 続柄                    |         | 電話                  |        | 関係            | ( )               |
| 連絡先② | 続柄                    |         | 電話                  |        | 関係            | ( )               |

## ● 医療情報等

| 主病名 | 医療機関等名称 | 診療科名等 | 担当医 | 受診状況等 | 特記 |
|-----|---------|-------|-----|-------|----|
|     |         |       |     |       |    |
|     |         |       |     |       |    |
|     |         |       |     |       |    |

## ● 身体・生活機能等

|              |                            |       |                     |                                  |
|--------------|----------------------------|-------|---------------------|----------------------------------|
|              |                            | 評価日   | 令和 年 月 日            | ( )                              |
| 起居動作         |                            | 移動    | ⇒ ・ ・ ・<br>・ その他( ) |                                  |
| 麻痺の状況        |                            | 麻痺の部位 | ・ ・ ・<br>・ その他 ( )  |                                  |
| 視力 [日常生活に支障] | ( )                        | ・眼鏡   |                     |                                  |
| 聴力 [日常生活に支障] | ( )                        | ・補聴器  |                     |                                  |
| 意思の伝達        |                            | 失語症   |                     |                                  |
| 認知症症状        | その他 ( )                    |       |                     |                                  |
| 食事摂取         | 食形態                        |       | 水分トロミ               |                                  |
|              | 食動作                        |       | 食事・水分制限             |                                  |
| 口腔           | 口腔ケア                       |       | 義歯使用                | <input type="checkbox"/> 要アセスメント |
| 排泄           | 排尿介助                       |       | トイレ使用               |                                  |
|              | 排便介助                       |       | オムツ使用(パッド含む)        |                                  |
| 衣服の着脱        |                            |       | 服薬管理                |                                  |
| 入浴(保清等)      |                            |       |                     |                                  |
| 特別な医療等       | ・<br>・<br>・<br>・<br>・<br>・ |       |                     |                                  |

|             |  |     |  |     |  |     |
|-------------|--|-----|--|-----|--|-----|
| 本フェイスシート作成者 |  | 所属名 |  |     |  |     |
| 電話          |  | FAX |  | 記入者 |  | 作成日 |

|       |  |      |     |       |  |     |
|-------|--|------|-----|-------|--|-----|
| 相談受付日 |  | 受付方法 | ( ) | 受付対応者 |  | 変更後 |
|-------|--|------|-----|-------|--|-----|

|         |  |            |
|---------|--|------------|
| 課題分析の理由 |  | ( ) ( 前/ ) |
|---------|--|------------|

## ● 基本情報等

|      |                        |        |       |                     |        |               |       |                   |
|------|------------------------|--------|-------|---------------------|--------|---------------|-------|-------------------|
| 氏名   |                        | 生年・性別等 |       | 生                   | 生活保護   |               | 障害等認定 | ( )<br>( )<br>( ) |
| 現住所  |                        |        |       |                     |        | 電話番号          |       |                   |
| 居住   | ※居住階、施設名等を下記に記載<br>( ) |        |       | ※エレベーター             | 医療保険種類 | その他 ( )       |       |                   |
| 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 |       |                   |
| 同居家族 | その他 ( )                |        |       |                     |        |               |       |                   |
| 連絡先① |                        | 続柄     |       | 電話                  |        | 関係            | ( )   |                   |
| 連絡先② |                        | 続柄     |       | 電話                  |        | 関係            | ( )   |                   |

## ● 医療情報等

| 主病名 | 医療機関等名称 | 診療科名等 | 担当医 | 受診状況等 | 特記 |
|-----|---------|-------|-----|-------|----|
|     |         |       |     |       |    |
|     |         |       |     |       |    |
|     |         |       |     |       |    |

## ● 身体・生活機能等

|     |          |     |
|-----|----------|-----|
| 評価日 | 令和 年 月 日 | ( ) |
|-----|----------|-----|

|            |          |          |              |           |      |          |      |
|------------|----------|----------|--------------|-----------|------|----------|------|
| 食事         |          |          | 食事・水分制限      |           |      |          |      |
| 椅子とベッド間の移乗 |          |          | 移動           | ⇒ ・その他( ) |      |          |      |
| 整容         |          |          | オムツ使用(パッド含む) |           |      |          |      |
| トイレ動作      |          |          | Pトイレ使用       |           |      |          |      |
| 入浴         |          |          | 認知症症状        |           |      |          |      |
| 平地歩行       |          |          |              |           |      |          |      |
| 階段昇降       |          |          |              |           |      |          |      |
| 更衣         |          |          | 意思の伝達        |           |      |          |      |
| 排便コントロール   |          |          | 失語症          |           |      |          |      |
| 排尿コントロール   |          |          | 服薬管理         |           |      |          |      |
| 口腔・栄養      | 身長<br>cm | 体重<br>kg | 歯の汚れ         | むせ        | 水分摂取 | 歯肉の出血・腫れ | 義歯使用 |

|              |                  |  |       |              |  |  |  |
|--------------|------------------|--|-------|--------------|--|--|--|
| 麻痺の状況        |                  |  | 麻痺の部位 | ・<br>・その他( ) |  |  |  |
| 視力 [日常生活に支障] | ( )              |  | ・眼鏡   |              |  |  |  |
| 聴力 [日常生活に支障] | ( )              |  | ・補聴器  |              |  |  |  |
| 特別な医療等       | ・<br>・<br>・<br>・ |  |       |              |  |  |  |

|             |     |     |  |     |  |     |  |
|-------------|-----|-----|--|-----|--|-----|--|
| 本フェイスシート作成者 | 所属名 |     |  |     |  |     |  |
| 電話          |     | FAX |  | 記入者 |  | 作成日 |  |