

情報提供先施設名称		※当該利用者についての情報の提供および取得は、下記同意者の同意の上行っています。					
様		同意者氏名	入院期間		～ 年 月 日 年 月 日		
(ふりがな) 利用者氏名	生年・性別等	<input type="checkbox"/> 明治年 月 日生 <input type="checkbox"/> 大正 (満 歳) <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 無生活保 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無障害等認定 <input type="checkbox"/> 療育 <input type="checkbox"/> 特定疾患()	<input type="checkbox"/> 身障(級) <input type="checkbox"/> 精神(級)			
現住所	住居	<input type="checkbox"/> 戸建(階) <input type="checkbox"/> アパート(階) <input type="checkbox"/> マンション(階) <input type="checkbox"/> 施設() ※エレベータ <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					
電話番号	医療保険種類	<input type="checkbox"/> 健康保険 <input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 後期高齢者 <input type="checkbox"/> その他()					
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()						
主介護者	続柄	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	電話	就労	健康		
キーパーソン	続柄	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	電話	緊急連絡先			

医療情報等 *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③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		平成 年 月 日		<input type="checkbox"/> 入院時 <input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 退院時 <input type="checkbox"/> 地域生活期 <input type="checkbox"/> その他()	
麻痺の状況	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度		麻痺の部位	<input type="checkbox"/> 左上肢 <input type="checkbox"/> 右上肢 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 左下肢 <input type="checkbox"/> 右下肢 ()	
視力	<input type="checkbox"/> 新聞等の字が見える <input type="checkbox"/> 目の前の物が見える <input type="checkbox"/> ほとんど見えない <input type="checkbox"/> 判断不能		眼鏡	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
聴力	<input type="checkbox"/> 日常生活に支障なし <input type="checkbox"/> 大声ならなんとか聞える <input type="checkbox"/> ほとんど聞えない <input type="checkbox"/> 判断不能		補聴器	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
意思の伝達	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 時々可 <input type="checkbox"/> ほとんど不可 <input type="checkbox"/> 不可		失語症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 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 <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()				
起居動作	<input type="checkbox"/> 起き上がる <input type="checkbox"/> 立ち上がる <input type="checkbox"/> 寝たきり <input type="checkbox"/> 介助が必要 <input type="checkbox"/> 介助が必要		移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 杖無し <input type="checkbox"/> 歩行者 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 車いす	
食事摂取	*食形態	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> 嚥下障害食 <input type="checkbox"/> ミキサー		水分トロミ	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
	*食動作	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		食事制限	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
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"/> 良 <input type="checkbox"/> 不使用 <input type="checkbox"/> 不良 <input type="checkbox"/> 義歯不要
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		Pトイレ使用	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 夜間 <input type="checkbox"/> 常時
	排便介助	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		オムツ使用	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 夜間 <input type="checkbox"/> 常時
衣服の着脱	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		*服薬管理	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
*特別な医療等	<input type="checkbox"/> 褥瘡 (応用ツール① 作成) <input type="checkbox"/> 留置カテーテル (応用ツール⑨ 作成) <input type="checkbox"/> 皮膚疾患 (応用ツール⑩ 作成) <input type="checkbox"/> 自己導尿 (応用ツール⑩ 作成) <input type="checkbox"/> 認知症 (応用ツール② 作成) <input type="checkbox"/> 腎臓・尿管皮膚瘻 (応用ツール⑪ 作成) <input type="checkbox"/> 食事摂取困難 (応用ツール③ 作成) <input type="checkbox"/> ドレーン(部位:) <input type="checkbox"/> 自動腹膜灌流装置 (応用ツール④ 作成) <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 (応用ツール⑫ 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⑬ 作成) <input type="checkbox"/> 酸素療法 (応用ツール⑤ 作成) <input type="checkbox"/> 人工肛門・人工膀胱 (応用ツール⑭ 作成) <input type="checkbox"/> 吸引器 <input type="checkbox"/> 感染症 (応用ツール⑮ 作成) <input type="checkbox"/> 輸液ポンプ <input type="checkbox"/> リハビリテーション (応用ツール⑯ 作成) <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 (応用ツール⑥ 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⑦ 作成) <input type="checkbox"/> その他 (応用ツール⑱ 作成) <input type="checkbox"/> 経管栄養 (応用ツール⑧ 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 <input type="checkbox"/> 通所サービス <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"/> その他()				
*介護上、特に注意すべき点等 ([有]の場合応用ツール⑱ 作成)		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	*介護・看取りに関する本人・家族の意向等 ([有]の場合応用ツール⑱ 作成)		

*認知症症状[無]以外は応用ツール②を、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③を作成下さい。

*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	記入者名	

函館市医療・介護連携サマリー【基本ツール】

情報提供先施設名称		※当該利用者についての情報の提供および取得は、下記同意者の同意の上行っています。					
様		同意者氏名	入院期間	～	年	月	日
(ふりがな)	利用者氏名	生年・性別等	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日生(満 歳) <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生活保護	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	障害等認定	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 身障(級) <input type="checkbox"/> 療育 <input type="checkbox"/> 精神(級) <input type="checkbox"/> 特定疾患
現住所	住居	<input type="checkbox"/> 戸建(階) <input type="checkbox"/> アパート(階) <input type="checkbox"/> マンション(階) <input type="checkbox"/> 施設() ※エレベータ <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					
電話番号	医療保険種類	<input type="checkbox"/> 健康保険 <input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 後期高齢者 <input type="checkbox"/> その他()					
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()						
主介護者	続柄	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	電話	就業状況	健康状態		
キーパーソン	続柄	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	電話	緊急連絡先			

医療情報等 *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③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⑩を作成して下さい。

身体・生活機能等

評価日		平成	年	月	日	<input type="checkbox"/> 入院時 <input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 退院時 <input type="checkbox"/> 地域生活期 <input type="checkbox"/> その他()
麻痺の状況	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度	麻痺の部位		<input type="checkbox"/> 左上肢 <input type="checkbox"/> 右上肢 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 左下肢 <input type="checkbox"/> 右下肢 ()		
視力	<input type="checkbox"/> 新聞等の字が見える <input type="checkbox"/> 目の前の物が見える <input type="checkbox"/> ほとんど見えない <input type="checkbox"/> 判断不能	眼鏡		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		
聴力	<input type="checkbox"/> 日常生活に支障なし <input type="checkbox"/> 大声ならなんとか聞える <input type="checkbox"/> ほとんど聞えない <input type="checkbox"/> 判断不能	補聴器		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		
意思の伝達	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 時々可 <input type="checkbox"/> ほとんど不可 <input type="checkbox"/> 不可	失語症		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 介助が必要 <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()					
起居動作	<input type="checkbox"/> 起き上がれる <input type="checkbox"/> 立ち上がれる <input type="checkbox"/> 寝たきり <input type="checkbox"/> 介助が必要 <input type="checkbox"/> 介助が必要	移動		<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 杖無し <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 車いす		
食事摂取	*食形態 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> 嚥下障害食 <input type="checkbox"/> ミキサー	水分トロミ		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		
口腔	*食動作 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	食事制限		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		
排泄	*口腔ケア <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	義歯使用		<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不使用 <input type="checkbox"/> 不良 <input type="checkbox"/> 義歯不要		
衣服の着脱	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <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		
		オムツ使用		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 夜間 <input type="checkbox"/> 常時		
*特別な医療等	<input type="checkbox"/> 褥瘡 (応用ツール① 作成) <input type="checkbox"/> 留置カテーテル (応用ツール⑨ 作成) <input type="checkbox"/> 皮膚疾患 (応用ツール⑩ 作成) <input type="checkbox"/> 自己導尿 (応用ツール⑩ 作成) <input type="checkbox"/> 認知症 (応用ツール② 作成) <input type="checkbox"/> 腎臓・尿管皮膚瘻 (応用ツール⑪ 作成) <input type="checkbox"/> 食事摂取困難 (応用ツール③ 作成) <input type="checkbox"/> ドレーン(部位:) <input type="checkbox"/> 自動腹膜灌流装置 (応用ツール④ 作成) <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 (応用ツール⑫ 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⑬ 作成) <input type="checkbox"/> 酸素療法 (応用ツール⑤ 作成) <input type="checkbox"/> 人工肛門・人工膀胱 (応用ツール⑭ 作成) <input type="checkbox"/> 吸引器 <input type="checkbox"/> 感染症 (応用ツール⑮ 作成) <input type="checkbox"/> 輸液ポンプ <input type="checkbox"/> リハビリテーション (応用ツール⑯ 作成) <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 (応用ツール⑥ 作成) <input type="checkbox"/> 痛末期疼痛管理 (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⑦ 作成) <input type="checkbox"/> その他 (応用ツール⑱ 作成) <input type="checkbox"/> 経管栄養 (応用ツール⑧ 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 <input type="checkbox"/> 通所サービス <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"/> その他()					
*介護上、特に注意すべき点等	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	*介護・看取りに関する本人・家族の意向等			<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	

*認知症症状[無]以外は応用ツール②を、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③を作成下さい。

*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	記入者名
-----------	-----	----	-----	------

この「連携サマリー」は医療と介護の円滑な連携を推進するために構成されています。各職種、各施設に於いては「診療情報提供書」や「看護添書」、「フェイスシート」等様々な様式が存在し活用されておりますが、必要に応じてこの連携サマリーと併用して頂ければ幸いです。この連携サマリーは、既存の様々な様式を制限するものではありません。

① 基本ツール

◎【函館市医療・介護連携サマリー】

校正中－情報共有ツール作業部会

② 応用ツール

応用ツール ①	褥瘡管理	検討中－函館中央病院
応用ツール ②	認知症患者管理	検討中－認知症疾患センター協議会
応用ツール ③	食事摂取困難患者管理	検討中－道南圏域在宅歯科医療連携室 等
応用ツール ④	自己腹膜灌流管理	校正中－情報共有ツール作業部会
応用ツール ⑤	酸素療法管理	検討中－函館市医師会病院
応用ツール ⑥	中心静脈栄養法管理	検討中－函館市医師会病院
応用ツール ⑦	糖尿病治療管理	校正中－函館市医師会病院
応用ツール ⑧	経管栄養法管理	検討中－函館市医師会病院
応用ツール ⑨	膀胱留置カテーテル管理	検討中－函館市医師会病院
応用ツール ⑩	自己導尿管理	五稜郭病院にて検討済み 校正中－情報共有ツール作業部会
応用ツール ⑪	腎瘻・尿管皮膚瘻管理	五稜郭病院にて検討済み 校正中－情報共有ツール作業部会
応用ツール ⑫	人工呼吸療法管理	五稜郭病院にて検討済み 校正中－情報共有ツール作業部会
応用ツール ⑬	気管カニューレ管理	五稜郭病院にて検討済み 校正中－情報共有ツール作業部会
応用ツール ⑭	人工肛門・人工膀胱管理	五稜郭病院にて検討済み 校正中－情報共有ツール作業部会
応用ツール ⑮	感染に関する管理	検討中－函館市医師会病院
応用ツール ⑯	リハビリ管理	検討中－函館市訪問リハビリテーション連絡協議会
応用ツール ⑰	緩和ケア情報共有シート	MOPN(南渡島地域包括緩和ネットワーク)「緩和ケア情報共有シート」活用予定
応用ツール ⑱	内服治療管理	検討中－函館薬剤師会へ依頼検討
応用ツール ⑲	特記事項	校正中－情報共有ツール作業部会

※ 活用ツール（予定）

※ 道南圏域在宅歯科医療連携室 チェック票 等

【応用ツール⑱】

平成 年 月 日

内服治療管理連携ツール

医師の包括的指示にもとづき、療養者の内服治療の管理内容を、情報提供します。

1.療養者氏名 _____ 2.主治医 _____

3.病名 _____

4.実施開始日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

5.経口薬の内容（薬剤名・量・服用法など）

6.訪問開始時の自己管理能力（該当するものに○）

1) 自己管理可 2) 指導のみ 3) 指導および実施の一部補完 4) 全面的補完（代行）

7. 事前協議事項

1) 服薬を間違っ内服した時の対処方法

- ・眠剤
- ・向精神薬
- ・循環器系の薬
- ・その他

2) 副作用の出現した時の対処方法

3) その他

8.期限 次回変更日まで

施設名 _____

担当者 _____