

はこだて医療・介護連携サマリー【基本ツール】

参考資料1

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

● 基本情報等

(フリガナ) 氏名	生年・性別等	生 活 保 護	無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/>	障害等 認定	無 <input type="checkbox"/> 身障(級) 療育 <input type="checkbox"/> 精神(級) 特定疾患()
現住所	電話番号				
居住	<input type="checkbox"/> 戸建(階) <input type="checkbox"/> 集合住宅(階) ※エレベータ有 <input type="checkbox"/> 無 ()	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 ~ 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 <input type="checkbox"/> 別居	電話	関係	<input type="checkbox"/> 主介護者 <input type="checkbox"/> キーパーソン <input type="checkbox"/> その他()
連絡先②	続柄	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	電話	関係	<input type="checkbox"/> 主介護者 <input type="checkbox"/> キーパーソン <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⑩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 <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 <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 <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 <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	水分ロミ	<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・水分制限	<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"/> 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	PTイレ使用
	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(パッド含む)	<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	
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	<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⑩ 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"/> その他 (応用ツール⑱ 作成) <input type="checkbox"/> 経管栄養 (応用ツール⑨ 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)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	

*起居動作[自立・見守り]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②】 在宅⇒病院用

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

氏名	
----	--

医療・ 介護サ ービス 利用状 況	週間スケジュール						
	月	火	水	木	金	土	日
	AM						
PM							
備考							
	サービス内容		サービス提供事業所・担当者			主なサービス内容等	
	()						
	()						
	()						
	()						
	()						
	()						
	()						
	()						
	()						
	()						
	()						
	()						
	()						

生育歴・ 生活歴	
-------------	--

家族 構成 図	<p>○=男性 ○=女性 ◎=本人 KP=キーパーソン</p> <p>□=男性 □=女性 ◎=本人 KP=キーパーソン</p> <p>縦書きテキスト BOX</p> <p>横書きテキスト BOX</p>	連絡先	氏名	続柄	関係	連絡先	
			1	(住所)	(備考・携帯番号等)		
			就労状態	健康状態			
			2	(住所)	(備考・携帯番号等)		
			就労状態	健康状態			
			3	(住所)	(備考・携帯番号等)		
			就労状態	健康状態			

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① 付帯情報管理

【基本ツール】の他に必要情報として以下を添付致します。

1. 氏名 _____ 生年月日 _____

2. 情報提供時に添付する書類 (該当するものに☑)

① 診療情報提供書

枚数 () 枚

備考 ⇒

② 看護サマリー

枚数 () 枚

備考 ⇒

③ リハビリテーションサマリー

枚数 () 枚

備考 ⇒

④ フェイスシート

枚数 () 枚

備考 ⇒

⑤ その他

文書名 ⇒

枚数 () 枚

備考 ⇒

文書名 ⇒

枚数 () 枚

備考 ⇒

作成者 所属 _____ 記入者 _____
 ツール管理者 所属 _____ 氏名 _____

応用ツール② 褥瘡管理

1. 氏名 _____ 生年月日 _____

2. 治療医療機関 _____ ・ 担当医 _____

3. 自己管理能力（該当するものに☑）
- 1) 自己管理可
 - 2) 一部介助
 - 3) 全面介助（介助者 _____）
 - * 家族等の介助状況⇒ 可能 不完全 不可能
 - * 特記事項(_____)

4. 褥瘡① ・ 位置(_____)

- ・ DESIGN-R®2020 褥瘡経過評価
- ・ Depth（深さ） →(_____) Granulation（肉芽組織） →(_____)
- ・ Exudate（滲出液） →(_____) Necrotic tissue（壊死組織） →(_____)
- ・ Size（大きさ） →(_____) Pocket（ポケット） →(_____)
- ・ Inflammation/Infection（炎症/感染） →(_____)
- ・ 現在の使用薬剤および投与量
- ・ 消毒薬・ドレッシング材の種類・数

～ 上記薬剤および材料の要継続期間（推定）
- ・ 使用器具・提供数(*バック療法がある場合記載)

～ 上記使用器具の要継続期間（推定）
- ・ 褥瘡処置回数 → _____

褥瘡② ・ 位置(_____)

- ・ DESIGN-R®2020 褥瘡経過評価
- ・ Depth（深さ） →(_____) Granulation（肉芽組織） →(_____)
- ・ Exudate（滲出液） →(_____) Necrotic tissue（壊死組織） →(_____)
- ・ Size（大きさ） →(_____) Pocket（ポケット） →(_____)
- ・ Inflammation/Infection（炎症/感染） →(_____)
- ・ 現在の使用薬剤および投与量
- ・ 消毒薬・ドレッシング材の種類・数

～ 上記薬剤および材料の要継続期間（推定）
- ・ 使用器具・提供数(*バック療法がある場合記載)

～ 上記使用器具の要継続期間（推定）
- ・ 褥瘡処置回数 → _____

5. その他(褥瘡の状態変更時の対応方法等)

作成者 所属 _____ 記入者 _____
 ツール管理者 所属 _____ 氏名 _____

応用ツール③ 認知症管理

1. 氏名 _____ 生年月日 _____

2. 認知症の原因疾患（該当するものに☑）

- ① アルツハイマー型認知症
- ② 脳血管性認知症
- ③ レビー小体型認知症
- ④ 前頭側頭型認知症

3. 認知症の症状（該当するものに☑と下部欄内に詳細記載）

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> ・記憶障害
<div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div> | <input type="checkbox"/> ・幻覚、妄想
<div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div> |
| <input type="checkbox"/> ・昼夜逆転
<div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div> | <input type="checkbox"/> ・介護への抵抗
<div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div> |
| <input type="checkbox"/> ・抑うつ、不安
<div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div> | <input type="checkbox"/> ・暴言、暴力
<div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div> |
| <input type="checkbox"/> ・不潔行為
<div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div> | <input type="checkbox"/> ・徘徊
<div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div> |
| <input type="checkbox"/> ・その他
<div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div> | |

4. 認知症の治療状況

- ・治療医療機関⇒ (_____)
- ・担当医 ⇒ (_____)
- ・内服薬の状況⇒ 有 無
- 有の場合処方内容 ⇒ _____
- ➡ 薬情報添付

5. その他

作成者 所属 _____ 記入者 _____
 ツール管理者 所属 _____ 氏名 _____

応用ツール④ 食事摂取困難管理

1. 氏名 _____ 生年月日 _____

2. 食事摂取に対しての問題（該当するものに☑）

- ① 口の中に関する問題
- 入れ歯が合わない □ むし歯 □ 口内炎等により痛いところがある
 - 歯が無いのに入れ歯を使っていない □ 口臭がある
 - 口が渴いた感じ、ねばねばした感じがする
- ② 食事摂取に関する問題
- 最近3ヶ月間に、食事量が減った
 - 最近3ヶ月間に、食事にかかる時間が長くなった
 - 最近3ヶ月間に、食形態に変化があった
 - 最近3ヶ月間に、3キロ以上体重の減少があった
 - 最近1年間に肺炎にかかった
- ③ 食事中、気になる事
- 食べようとしなない
 - 食べこぼしや、うまく噛めないことがある
 - 飲み込んだ後に食べ物が口に残っている
 - 食事中によくむせる
 - 飲み込んだものが逆流することがある
 - 不明
- ④ 食事を摂取しない場合の問題
- * 疾患との関連性 □ 有 □ 無
有の場合の要因(_____)
 - * 内服薬の内容との関連性 □ 有 □ 無
有の場合の要因(_____)
 - * 拒食の意思表示 □ 有 □ 無

3. 現在の食事摂取カロリー及び量

- * 現在の食事提供カロリー(_____)kcal提供中
- * 現在の食形態
 - 刻み食 □ 軟食 □ トロミ食 □ ミキサー食
 - その他 (_____)

* 主食

* 副食

4. その他

作成者 所属 _____ 記入者 _____

ツール管理者 所属 _____ 氏名 _____

応用ツール⑤ 自己腹膜灌流管理

1. 氏名 _____ 生年月日 _____

2. 治療医療機関 _____ ・ 担当医 _____

3. 開始日 _____

4. 自己管理能力 (該当するものに☑)

- 1) 自己管理可
- 2) 一部介助
- 3) 全面介助 (介助者 _____)
- * 家族等の介助状況⇒ 可能 不完全 不可能
- * 特記事項(_____)

5. 透析療法と使用器具等

方法: CAPD (持続携帯式腹膜透析) APD (自動腹膜透析)
 かぐや

接続方法: スタンダード UVフラッシュ つなぐ

CAPD (持続携帯式腹膜透析)

回数	時間	透析液	量
1			ml
2			ml
3			ml
4			ml
			ml
	Yセットで排液		

APD (自動腹膜透析)

透析液	量
	個
	個
	個

を用いて

- ・ 総注液量(_____ ml) ・ サイクル数(_____ 回)
- ・ 時 間(_____ ~ _____)
- ・ 最終注液 有 無 ・ 日中バック交換 有 無

6. 消毒薬・衛生材料

- ・ スワブスティック (_____ 本)
- ・ 絆創膏 (_____) ・ ドレッシング剤 (_____)
- ・ 手指消毒剤 (_____)
- ・ その他 (_____)

7. カテーテル感染の既往 (いずれかに☑)

- あり なし

8. 緊急時の対応方法(排液の混濁、カテーテル出口部の発赤、除水量の不足等)

9. その他

作成者 所属 _____ 記入者 _____

ツール管理者 所属 _____ 氏名 _____

応用ツール⑥ 酸素療法管理

1. 氏名 _____ 生年月日 _____

2. 治療医療機関 _____ ・ 担当医 _____

3. 開始日 _____

4. 自己管理能力（該当するものに☑）

1) 自己管理可

2) 一部介助

3) 全面介助（介助者 _____）

* 家族等の介助状況⇒ 可能 不完全 不可能

* 特記事項（ _____ ）

5. 使用機器（該当するものに☑）（提供機関 _____）

設置型の場合

酸素ポンペ

酸素濃縮装置

液化酸素装置

携帯型の場合

携帯用酸素ポンペ

携帯型液化酸素装置

* パルスオキシメーター⇒ 有 無

6. 投与方法（該当するものに☑）

1) 持続

2) 間欠

（ _____ 時間/1日 労作時 睡眠時 他→ _____ ）

3) 酸素吸入量

・ 安静時⇒ _____ L/分 ・ 労作時⇒ _____ L/分 ・ 睡眠時⇒ _____ L/分

* 吸入方法⇒ カニューレ マスク

* SP02変化時の指示⇒（ _____ ）

7. 緊急時の対応方法（呼吸困難増強時等）

8. その他

作成者 所属 _____ 記入者 _____

ツール管理者 所属 _____ 氏名 _____

応用ツール⑦ 中心静脈栄養法管理

1. 氏名 _____ 生年月日 _____

2. 治療医療機関 _____ ・ 担当医 _____

3. 初回導入日 _____

4. 自己管理能力（該当するものに☑）

- 1) 自己管理可
 2) 一部介助
 3) 全面介助（介助者 _____）
 * 家族等の介助状況⇒ 可能 不完全 不可能
 * 特記事項（ _____ ）

5. 使用薬剤・投与量

薬剤名・投与量（ _____ ）

6. 投与方法（該当するものに☑）

- 1) 持続 2) 間欠（ _____ 時間/1日 他→ _____ ）
 * フラッシュ頻度⇒（ _____ ）
 * 注入速度⇒（ _____ ml/時間）
 * 輸液ポンプの使用 ⇒ 有 無（ _____ ）
 * 輸液ポンプ貸出機関⇒（ _____ ）

7. 挿入部に関して（該当するものに☑）

- * 挿入部位⇒（ _____ ）
 * ポート カテーテル
 * ロック方法⇒（ _____ ）
 * 特記事項⇒（ _____ ）

8. 消毒薬・衛生材料

- | | |
|-----------------------------|----------------------------|
| ・滅菌綿棒（ _____ 本） | ・絆創膏（ _____ 個） |
| ・滅菌ガーゼ（ _____ 枚× _____ パック） | ・酒精綿（ _____ ） |
| ・滅菌フィルム（ _____ 枚） | ・NSシリンジ（ _____ ml _____ 本） |
| ・フィルム（ _____ 巻） | ・へパ生シリンジ（ _____ 本） |
| ・その他（ _____ ） | |

9. 使用器具・交換頻度・提供数

- | | |
|----------------------------------|------------------------|
| ・輸液回路（ _____ セット） | ・注射器、注射針（ _____ セット） |
| ・ヒューバー針（ _____ mm _____ 本） | ・連結管（ _____ 本） |
| ・エクステンションチューブ（ _____ ml _____ 本） | ・インジェクションプラグ（ _____ 個） |
| ・フィルター（ _____ 個） | ・その他（ _____ ） |

10. 緊急時の対応方法（滴下不良の場合等）

11. その他

作成者 所属 _____ 記入者 _____

ツール管理者 所属 _____ 氏名 _____

応用ツール⑨ 経管栄養法管理

1. 氏名 _____ 生年月日 _____

2. 治療医療機関 _____ ・担当医 _____

3. 経口摂取 可 否 _____

4. 開始日 _____

5. 自己管理能力（該当するものに☑）

- 1) 自己管理可
 2) 一部介助
 3) 全面介助（介助者 _____）
 * 家族等の介助状況⇒ 可能 不完全 不可能
 * 特記事項（ _____ ）

6. 使用栄養剤・注入量（提供機関 _____）（ 処方 自費購入）

栄養剤名（ _____ ） 1日に必要なカロリー（ _____ kcal）

栄養量（朝 _____ ml）（昼 _____ ml）（夕 _____ ml）

* 固形化の場合その方法～

水分量（朝 _____ ml）（昼 _____ ml）（夕 _____ ml）

* 注入の順序～

1回の注入時間（ _____ 分/回）（または _____ ml/時間）

その他の注入方法（ _____ ）

● 上記使用薬剤等変更の可否 可 否

7. 使用器具・交換頻度

1) 方法 ⇒ 鼻腔 胃瘻 腸瘻 その他（ _____ ）

チューブ ⇒（種類 _____ 太さ _____ Fr）

2) 交換頻度⇒（ _____ ） 次回交換予定日（ _____ ）

3) 交換医療機関 ⇒（ _____ ）

8. 緊急時の対応方法（滴下不良の場合等）

9. 挿入部の処置等

10. その他

作成者 所属 _____ 記入者 _____

ツール管理者 所属 _____ 氏名 _____

応用ツール⑩ 膀胱留置カテーテル管理

1. 氏名 _____ 生年月日 _____

2. 治療医療機関 _____ ・担当医 _____

3. 開始日 _____

4. 自己管理能力（該当するものに☑）

- 1) 自己管理可
- 2) 一部介助
- 3) 全面介助（介助者 _____）
* 家族等の介助状況⇒ 可能 不完全 不可能
* 特記事項（ _____ ）

5. 使用器具

- ・交換用キット _____（ _____ セット）
- ・尿道カテーテル 号数 _____（ _____ セット）
- ・蓄尿袋 _____（商品名 _____ ・ _____ 個）
- ・固定液 _____（ _____ ml）
- ・注射器 _____（ _____ ml ・ _____ 本）

6. 消毒薬・衛生材料

- ・滅菌綿棒 _____（ _____ 本）
- ・絆創膏 _____（ _____ 個）
- ・消毒液 _____（ _____ ml）
- ・潤滑油 _____（ _____ ）
- ・滅菌手袋 _____（ _____ 個）
- ・滅菌ガーゼ _____（ _____ 枚）
- ・滅菌セッション _____（ _____ 個）

7. カテーテル交換

- ・交換頻度 _____（ _____ 週毎）
- ・最終交換日 _____（ _____ ）
- ・次回交換予定日 _____（ _____ ）

8. 緊急時の対応方法（尿道カテーテル閉塞の場合、感染等）

9. その他

作成者 所属 _____ 記入者 _____

ツール管理者 所属 _____ 氏名 _____

応用ツール⑪ 自己導尿管理

1. 氏名 _____ 生年月日 _____

2. 治療医療機関 _____ ・ 担当医 _____

3. 開始日 _____

4. 自己管理能力（該当するものに☑）

- 1) 自己管理可
 2) 一部介助
 3) 全面介助（介助者 _____）
 * 家族等の介助状況⇒ 可能 不完全 不可能
 * 特記事項（ _____ ）

5. 使用器具

- ディスポカテーテル
 （・商品名⇒ _____ ・ Fr _____ ・ 本または _____ 箱/日）
 リューザブルカテーテル・再利用型自己導尿用セット
 （・商品名⇒ _____ ・ Fr _____ ・ 本または _____ 箱/日）
 上記を代用するカテーテル類
 （・商品名⇒ _____ ・ Fr _____ ・ 本または _____ 箱/日）

6. 消毒薬・衛生材料

- * 潤滑剤⇒ キシロカインゼリー（ _____ 本・個/日）
 滅菌グリセリン（ _____ 本・個/日）
 * 消毒液⇒ リューザブルカテーテル
 （・消毒液名⇒ _____ 本）
 自己導尿用カテーテルを入れた容器の中を満たすもの
 （・消毒液名⇒ _____ 本）

7. 自己導尿回数指示

- * 1日（ _____ ）回（ _____ ）時間ごと

8. 自己導尿カテーテルの中を満たす消毒液の交換頻度

- *（1回/ _____ 日）

9. 緊急時の対応方法

10. その他

作成者 所属 _____ 記入者 _____

ツール管理者 所属 _____ 氏名 _____

応用ツール⑫ 腎瘻・尿管皮膚瘻管理

1. 氏名 _____ 生年月日 _____

2. 治療医療機関 _____ ・担当医 _____

3. 造設日 _____

4. 自己管理能力（該当するものに☑）

- 1) 自己管理可
- 2) 一部介助
- 3) 全面介助（介助者 _____）
- * 家族等の介助状況⇒ 可能 不完全 不可能
- * 特記事項（ _____ ）

5. 使用器具・交換頻度・数量

- ・ カテーテル _____（ _____ ）
- ・ カテーテルチップ _____（ _____ ）
- ・ 集尿装具[パウチ、バッグ等]（提供機関 _____） _____（ _____ ）
- ・ 注射器 _____（ _____ ）
- ・ 注射針 _____（ _____ ）
- ・ 滅菌コップ _____（ _____ ）

6. 消毒薬・衛生材料

- ・ 生理食塩水（ _____ ml）
- ・ ガーゼ（ _____ 枚）
- ・ ガーゼ付絆創膏（ _____ 個）
- ・ テープ（ _____ ）
- ・ 消毒薬（ _____ ）

7. 腎瘻・尿管皮膚瘻カテーテルの洗浄方法

- 1) 回数 ⇒（ _____ ）
- 2) 量 ⇒（ _____ ）
- 3) 手技等 ⇒（ _____ ）

8. 緊急時の対応方法（カテーテルが抜けた、つまった場合、血尿等）

9. その他

作成者 所属 _____ 記入者 _____

ツール管理者 所属 _____ 氏名 _____

はこだて医療・介護連携サマリー

応用ツール⑬ 人工呼吸療法管理

1. 氏名 _____ 生年月日 _____

2. 治療医療機関 _____ ・担当医 _____

3. 開始日 _____

4. 自己管理能力（該当するものに☑）

 1) 自己管理可 2) 一部介助 3) 全面介助（介助者 _____）* 家族等の介助状況⇒ 可能 不完全 不可能

* 特記事項（ _____ ）

5. 使用器具・交換頻度・提供数（業者名 _____）

	機種・種類・サイズ	個数	交換頻度
人工呼吸器			
人工呼吸器回路			回/週
加湿モジュール			回/週
バクテリア・フィルター			ヶ月毎
外気取入口フィルター			ヶ月毎
気管カニューレ			医師による交換

6. 消毒薬・衛生材料

滅菌綿球	個	吸引チューブ	、	本
滅菌ガーゼ(Yカット)	枚	消毒液(気切用)	、	本
絆創膏	個	生理食塩水	、	本
		滅菌蒸留水	ml	本

7. 人工呼吸器等設定

使用時間	時	分～	時	分まで
モード		呼気時間	秒	気道内圧下限
				cmH20
1回換気量	ml	呼気流量	L/分	気道内圧上限
				cmH20
呼吸回数	回/分	感度	cmH20	加湿加湿器設定
I/E比	1:	秒	気道内圧	酸素量
			cmH20	ml/分

8. 緊急時の対応方法

9. その他(CPAPを使用している場合はその旨記載下さい。)

作成者 所属 _____ 記入者 _____

ツール管理者 所属 _____ 氏名 _____

応用ツール⑭ 気管カニューレ管理

1. 氏 名 _____ 生年月日 _____

2. 治療医療機関 _____ ・ 担当医 _____

3. 造設日 _____

4. 自己管理能力（該当するものに☑）

1) 自己管理可

2) 一部介助

3) 全面介助（介助者 _____）

* 家族等の介助状況⇒ 可能 不完全 不可能

* 特記事項（ _____ ）

5. 経口摂取（該当するものに☑）

可

不可

6. 医療器材

・ カニューレの名称（ _____ ）

・ 交換の頻度（ _____ 週に _____ 回）

・ カニューレの数（ _____ 本）

・ カフ用注射器（ _____ ml _____ 個）

7. 衛生材料

・ 滅菌綿棒（ _____ 本）

・ 滅菌Yガーゼ（ _____ 個）

・ 絆 創 膏（ _____ ）

・ 消 毒 液（薬品名： _____ 、 _____ 本）

8. トラブル時の対処

1) カニューレ抜去時の対応方法

2) 呼吸困難時の対応方法

3) 緊急時の対応方法

9. その他

作成者 所属 _____ 記入者 _____

ツール管理者 所属 _____ 氏名 _____

応用ツール⑮ 人工肛門・人工膀胱管理

1. 氏名 _____ 生年月日 _____

2. 治療医療機関 _____ ・担当医 _____

3. ストーマの種類 ⇒ _____

4. 造設日 _____

5. 自己管理能力（該当するものに☑）

- 1) 自己管理可
- 2) 一部介助
- 3) 全面介助（介助者 _____）
- * 家族等の介助状況⇒ 可能 不完全 不可能
- * 特記事項（ _____ ）

6. 使用装具、装具交換状況、装具購入方法（提供機関 _____）

- ・ 装具名（ _____ ）
- ・ 装具の交換状況（ _____ 回/週、あるいは _____ 日毎に交換）
- ・ その他の使用材料

7. 緊急時の対応方法

8. その他

作成者 所属 _____ 記入者 _____
ツール管理者 所属 _____ 氏名 _____

応用ツール⑩ 感染に関する管理

1. 氏名 _____ 生年月日 _____

2. 治療医療機関 _____ ・担当医 _____

3. 感染症の罹患について

・ 感染症① (_____)
～ その対策 _____

・ 感染症② (_____)
～ その対策 _____

・ 感染症③ (_____)
～ その対策 _____

4. 緊急時の対応方法(明らかな悪化状態が見られた時等)

5. 感染症に対しての処方状況

6. その他

作成者 所属 _____ 記入者 _____

ツール管理者 所属 _____ 氏名 _____

応用ツール⑱ 特記事項

基本ツール（及び他の応用ツール）に記載出来なかった必要な内容を情報提供します。

1. 氏名 _____ 生年月日 _____

作成者 所属 _____ 記入者 _____
ツール管理者 所属 _____ 氏名 _____