

はこだて医療・介護連携サマリー【基本ツール】(改正案)

情報提供先 施設名称	御中	情報提供先 担当者名	様	資料1-1
---------------	----	---------------	---	-------

● 基本情報等

(フリガナ) 氏名	生年・性別等	生 生活保護	障害等 認定	( ) ( ) ( )
現住所	電話番号			
居住	※居住階、施設名等を下記に記載 ( )	※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(要たきり度)
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	( )					
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		PTトイレ使用					
入浴		*認知症症状					
平地歩行							
階段昇降							
更衣		意思の伝達など					
排便コントロール							
排尿コントロール		服薬管理					
口腔・栄養	身長 cm	体重 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 ([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 ([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】(現行)

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	生活保護	障害等認定	( ) ( ) ( )
現住所	電話番号				
居住	※居住階、施設名等を下記に記載 ( )		※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

\*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⑯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	⇒ ・その他( )				
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					
意思の伝達		失語症					
*認知症症状		その他 ( )					
食事摂取	*食形態	普通	水分ロミ				
	*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	PT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	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 ([有]の場合応用ツール⑱ 作成)			*医療・ケアに関する本人・家族の意向等 ([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⑱を、認知症症状[無]以外は応用ツール⑳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

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。