

情報連携シ

送付先

医療機関・事業者・担当者名・電話番号・FAX番号は、もれなく記入して下さい。

記入日： 〇年 〇月 〇日

【医療機関】 A病院	【事業者】 南知多〇〇
【担当者】 〇〇〇〇	【担当者】 △△△△
【連絡先】 TEL: 65-〇△〇△ FAX: 65-△〇△〇	【連絡先】 TEL: 65-×〇×〇 FAX: 65-〇×〇×

氏名	南知多 花子	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 〇年〇月〇日 70 歳
----	--------	----	---	------	---

住所	南知多町〇〇	TEL	
----	--------	-----	--

緊急連絡先	氏名	続柄	
	南知多 太郎	夫	

かかりつけ医	B病院
// 歯科	C歯科クリニック

介護認定	<input checked="" type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> 支援【1・2・③・4・5】	既往歴	
	有効期限： 年 月末迄		

持病の状況	服薬状況	<input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 要介助	介助内容：
	褥瘡	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 部位・処置等：	
	寝具	<input type="checkbox"/> 布団 <input checked="" type="checkbox"/> ベッド【柵： <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有(2 点)】 <input type="checkbox"/> 特殊マット 介助バー有	

ADL	歩行	<input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 要介助	介助内容： 車椅子自走、自宅内4点杖
	歩行補助具	車椅子	介助内容： 転倒のリスク高い
	食事	<input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 要介助	介助内容：
	食形態	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> その他	形態：
	口腔清潔	<input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 要介助	介助内容：
	義歯	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	部位：
	排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input checked="" type="checkbox"/> 要介助	介助内容： 排便時拭く介助が必要
	排泄方法	<input checked="" type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> Pトイレ <input type="checkbox"/> おむつ	カテーテル等()
	入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input checked="" type="checkbox"/> 要介助 <input type="checkbox"/> 清拭	介助内容：
	入浴場所	<input type="checkbox"/> 自宅風呂 <input checked="" type="checkbox"/> 通所 <input type="checkbox"/> 訪問入浴	最終入浴： 〇 月 〇 日
衣類着脱	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 要介助	介助内容：	
睡眠状況	<input checked="" type="checkbox"/> 良眠 <input type="checkbox"/> 問題有 <input type="checkbox"/> 不明	問題点：	

物忘れ等症状	なし
--------	----

家族構成	介護協力者	介護力・介護状況
------	-------	----------

キーパーソン： 	氏名	年齢	続柄	健康状態	主介護者の夫は心疾患有り。
	南知多 太郎	80	夫	<input type="checkbox"/> 良 <input checked="" type="checkbox"/> 不良	
				<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良	
				<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良	
				<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良	

介護サービス利用状況	日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日
		通りハ		通りハ		通りハ	

ショートステイ・福祉用具利用状況など
福祉用具貸与ベッド・ベッド付属品・車椅子・杖)

備考	介護に関する本人・家族の意向、生活機能が入院前より低下した場合に生じると予想される問題点、退院に際しての留意点等 入院前は杖を補助に玄関段差は見守りで可能であった。主介護者が心疾患を有する高齢の夫であるため、ADL低下し介護量が増加する場合、サービス変更が必要となる。
----	---

患者氏名：

障害者手帳	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 申請中 【 <input type="checkbox"/> 精神 <input type="checkbox"/> 身体 <input type="checkbox"/> 療育 級】 有効期限： 年 月末		感染症	HBs【 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明】	
	<input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 老齢年金 <input type="checkbox"/> その他 年金月額：			HCV【 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明】	
収入				梅毒【 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明】	
住宅	<input type="checkbox"/> 一戸建て【 階建】 <input type="checkbox"/> 集合住宅			疥癬【 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明】	
家族関係意向問題点	家族の受入： <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良 MRSA【 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明】				
生活歴					
経過現状問題行為	<input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 幻聴 <input type="checkbox"/> 幻覚 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 抑うつ <input type="checkbox"/> 不安 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> せん妄 <input type="checkbox"/> 独語 <input type="checkbox"/> 失見当 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 睡眠障害 <input type="checkbox"/> 介護抵抗 <input type="checkbox"/> 盗癖 <input type="checkbox"/> 収集癖 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 性的問題行動 【 <input type="checkbox"/> 長谷川式 <input type="checkbox"/> MMSE (点) 実施日： 年 月 日】				
日中の過ごし方					
対応接し方					
障害高齢者の日常生活自立度		<input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2			
認知症高齢者の日常生活自立度		<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M			
服薬状況	眠前薬	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(服用時間： 時 分頃) 睡眠時間： 時間			
	薬の管理	<input type="checkbox"/> 自己管理 <input type="checkbox"/> 家族管理 <input type="checkbox"/> 病院・施設管理 <input type="checkbox"/> その他()			
	予防接種	インフル	<input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 済	肺炎球菌	<input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 済(年 月)
	不眠時	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有【使用頻度： 回/ W程度】 薬剤名：			
	不穏時	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有【使用頻度： 回/ W程度】 薬剤名：			
	便秘時	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有【() 日便秘時() 使用】			
	アレルギー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()			
医療情報	排泄	日中	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> リハビリパンツ <input type="checkbox"/> おむつ		
		夜間	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> リハビリパンツ <input type="checkbox"/> おむつ		
	尿意	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> バルン <input type="checkbox"/> 不明【失禁： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無】			
	便意	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> ストマ <input type="checkbox"/> 不明【最終排便： 月 日】			
難聴	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有【 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左】(対応方法：)				
備考					

※分かる範囲で記入して下さい。不明な所は記入していただくなくてもかまいません。