

送信先: _____ 様

入 退 院 情 報 連 携 シ ー ト

| | | | | | | |
|--------|--|--------|-------|-----|---|-------|
| ふりがな | | 性別 | 生年月日 | | | 要介護 |
| 氏名 | | 男・女 | 明・大・昭 | 年 | 月 | 日(歳) |
| ふりがな | | 本人との関係 | | 連絡先 | | |
| 主介護者氏名 | | | | | | |
| キーパーソン | | 本人との関係 | | 連絡先 | | |

◆入院時情報提供欄(別添資料 無・有 → 枚)

◆退院情報欄(ケアマネジャー記載項目)→ご自身で記載して下さい

| | | | | | | | | | | | | |
|---|-----------------------------|-------|--------------|---|--------|---|---|--|-----|--------|------------------------------------|--|
| 情報提供事業所名 | | | | | | 情報提供機関名 | 病院 | | | | | |
| 担当ケアマネジャー | | | | | | 所属・職種・氏名 | 病棟 | Dr: | Ns: | | | |
| 電話番号 | | FAX番号 | | | | 電話番号 | - | - | | | | |
| 入院日 | 年 | 月 | 日 | | | 退院日 | 年 | 月 | 日 | (予定) | | |
| 【既往歴】 高血圧 認知症 *備考 | 【家族構成】 ※キーパーソン: | | | | | 【疾病の状態】 主病名: 副病名: 主症状: 既往歴: 手術: 無・有(手術名:) | | | | | | |
| 【かかりつけ医】 医療機関/主治医名 連絡先 | /Dr. | | | | | 【次回受診日】 | 科 | 年 | 月 | 日() : | | |
| 住環境 | 一戸建て | 集合住宅 | * 階段 (無・有) | | | 医療処置 | <input type="checkbox"/> 点滴の管理 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> ストーマ(人工肛門)の処置 <input type="checkbox"/> 疼痛管理 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 気管切開の処置 <input type="checkbox"/> 褥瘡の処置 <input type="checkbox"/> カテーテル <input type="checkbox"/> その他 | | | | | |
| サービス利用状況 | 訪問介護 | 通所介護 | 短期入所 | 訪問リハビリ | 通所リハビリ | | 訪問入浴 | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 要介助 <input type="checkbox"/> 嚥下状況(良・不良) (ペースト・キザミ・ソフト食・普通 / 経管栄養(経鼻・PEG) <input type="checkbox"/> 水分必要(制限) 量/日 kcal ml <input type="checkbox"/> 塩分 g/日 蛋白 g/日 | | | | |
| 食事 | 自立 | 見守り | 要介助 | その他:誘導が必要 (手引き・杖・歩行器・シルバーカー・車イス・ストレッチャー) | | | 食事 | | | | | |
| 移動 | 自立 | 見守り | 要介助 | その他:誘導が必要 (手引き・杖・歩行器・シルバーカー・車イス・ストレッチャー) | | | 移動 | 自立 | 見守り | 要介助 | その他 | |
| 入浴 | 自立 | 見守り | 要介助 | その他:認知がひどく介助が必要 | | | 入浴 | 自立 | 見守り | 要介助 | その他 | |
| 排泄 | 自立 | 見守り | 要介助 | オムツ(常時・夜間のみ) 間歇導尿()ハルーン挿入()Fr | | | 排泄 | 自立 | 見守り | 要介助 | オムツ(常時・夜間のみ) 間歇導尿()ハルーン挿入()Fr | |
| 口腔ケア | 自立 | 見守り | 要介助 | 【内服情報】 | | | 口腔ケア | 自立 | 見守り | 要介助 | 【内服情報】 | |
| 服薬状況 | 自立 | 見守り | 要介助 | | | | 服薬状況 | 自立 | 見守り | 要介助 | | |
| 障害高齢者日常生活自立度 | J(1・2) A(1・2) B(1・2) C(1・2) | | | | | | 障害高齢者日常生活自立度 | J(1・2) A(1・2) B(1・2) C(1・2) | | | | |
| 認知症状:(無・有) 認知症高齢者日常生活自立度() 認知症の原因疾患等: 精神状態(疾患): 無・有() | | | | | | 認知症状:(無・有) 認知症高齢者日常生活自立度() 認知症の原因疾患等: 精神状態(疾患): 無・有() | | | | | | |
| 睡眠の状態: 問題有り() 眠剤の服用: | | | | | | 睡眠の状態: 良眠 問題有り() 眠剤の服用: | | | | | | |
| その他(心身の状況や生活歴・生活環境・経済状況等に関する特記事項など) | | | | | | 【療養上の留意事項】(転倒転落・注意点など) | | | | | | |
| 【本人の意向】 | | | | | | 【リハビリ】 無・有(頻度:)・運動制限 無・有 | | | | | | |
| 【家族の意向】 | | | | | | 【その他】 | | | | | | |
| 提供年月日: 年 月 日 | | | | | | 面談年月日: 年 月 日 | | | | | | |