

資料集

1. 各種様式 等

- ・都道府県が指定する指定居宅介護支援事業所向け診療情報提供書(医師) <別紙様式1>
- ・都道府県が指定する指定居宅介護支援事業所向け診療情報提供書(歯科医師) <別紙様式2>
- ・歯科衛生士による居宅療養管理指導に係るスクリーニング・アセスメント・管理指導計画 <別紙様式3>
- ・薬剤師向け情報連絡・質問票
- ・訪問看護普及啓発チラシ [蒲郡市介護サービス機関連絡協議会 訪問看護部会作成]
- ・訪問看護指示書 在宅患者訪問点滴注射指示書 <別紙様式16>
- ・特別訪問看護指示書 在宅患者訪問点滴注射指示書 <別紙様式18>
- ・入院時情報提供書
- ・在宅療養後方支援病院患者説明様式
- ・在宅療養後方支援病院への入院希望届出書 <様式20の6>
- ・在宅療養後方支援病院診療情報交換用紙
- ・蒲郡市民病院診療情報提供書(在宅患者等一時入院用) <様式1>
- ・救急隊及び病院への情報提供票(介護関連施設入所・入居者の方向け)
- ・東三河ほいっぴネットワーク 患者同意書様式 <A4:2 枚版>
- ・蒲郡電源あんしんネットワーク事業チラシ
- ・蒲郡電源あんしんネットワーク支援登録申請書 <第1様式(第7条関係)>
- ・蒲郡電源あんしんネットワーク登録台帳 <第2様式(第7条関係)>

都道府県が指定する指定居宅介護支援事業所向け診療情報提供書（医師）

令和 年 月 日

情報提供先事業所
担当 殿

医療機関名
医療機関所在地
電話番号
FAX 番号
医師氏名

基本情報

利用者氏名	(ふりがな)	男 ・ 女	〒	—
	明・大・昭 年 月 日生(歳)		連絡先 ()	

利用者の病状、経過等

(1) 診断名（特定疾病または生活機能低下の直接の原因となっている傷病名については1.に記入）及び発症年月日	
1. _____	発症年月日（昭和・平成・令和 年 月 日頃）
2. _____	発症年月日（昭和・平成・令和 年 月 日頃）
3. _____	発症年月日（昭和・平成・令和 年 月 日頃）
(2) 生活機能低下の直接の原因となっている傷病または特定疾病の経過及び投薬内容を含む治療内容 〔前回の情報提供より変化のあった事項について記入〕	
(3) 日常生活の自立度等について	
・障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度)	<input type="checkbox"/> 自立 <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"/> 自立 <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

介護サービスを利用する上での留意点、介護方法等

(1) 現在あるかまたは今後発生の可能性の高い生活機能の低下とその対処方針	
<input type="checkbox"/> 尿失禁 <input type="checkbox"/> 転倒・骨折 <input type="checkbox"/> 移動能力の低下 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 心肺機能の低下 <input type="checkbox"/> 閉じこもり <input type="checkbox"/> 意欲低下 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 低栄養 <input type="checkbox"/> 摂食・嚥下機能低下 <input type="checkbox"/> 脱水 <input type="checkbox"/> 易感染性 <input type="checkbox"/> がん等による疼痛 <input type="checkbox"/> その他 () → 対処方針 ()	
(2) サービス利用による生活機能の維持・改善の見通し	
<input type="checkbox"/> 期待できる <input type="checkbox"/> 期待できない <input type="checkbox"/> 不明	
(3) サービスの必要性（特に必要性の高いものには下線を引いて下さい。予防給付により提供されるサービスを含みます。）	
<input type="checkbox"/> 訪問診療 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問歯科診療 <input type="checkbox"/> 訪問薬剤管理指導 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション <input type="checkbox"/> 短期入所療養介護 <input type="checkbox"/> 訪問歯科衛生指導 <input type="checkbox"/> 訪問栄養食事指導 <input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション <input type="checkbox"/> その他の医療系サービス ()	
(4) サービス提供時における医学的観点からの留意事項	
・血圧 <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> あり () ・移動 <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> あり () ・摂食 <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> あり () ・運動 <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> あり () ・嚥下 <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> あり () ・その他 ()	

利用者の日常生活上の留意事項・社会生活面の課題と地域社会において必要な支援等

(1) 利用者の日常生活上の留意事項
(2) 社会生活面の課題と地域社会において必要な支援 社会生活面の課題 <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> あり () → 必要な支援 ()
(2) 特記事項

都道府県が指定する指定居宅介護支援事業所向け診療情報提供書（歯科医師）

令和 年 月 日

情報提供先事業所
担当 殿

医療機関名
医療機関所在地
電話番号
FAX番号
歯科医師氏名

基本情報

利用者氏名	(ふりがな)	男 ・ 女	〒	—
	明・大・昭 年 月 日生(歳)		連絡先	()

利用者の病状、経過等

(1) 情報提供の目的
(2) 病状、経過等 <input type="checkbox"/> 口腔衛生状態不良 <input type="checkbox"/> う蝕等 <input type="checkbox"/> 歯周病 <input type="checkbox"/> 口腔粘膜疾患（潰瘍等） <input type="checkbox"/> 義歯の問題（ <input type="checkbox"/> 義歯新製が必要な欠損 <input type="checkbox"/> 義歯破損・不適合等） <input type="checkbox"/> 摂食・嚥下機能の低下 <input type="checkbox"/> 口腔乾燥 <input type="checkbox"/> その他（ ） <input type="checkbox"/> 配慮すべき基礎疾患（ ）

介護サービスを利用する上での留意点、介護方法等

(1) 必要な歯科治療 <input type="checkbox"/> う蝕治療 <input type="checkbox"/> 冠・ブリッジ治療 <input type="checkbox"/> 義歯の新製や修理等 <input type="checkbox"/> 歯周病の治療 <input type="checkbox"/> 口腔機能の維持・向上 <input type="checkbox"/> その他（ ）
(2) 利用すべきサービス <input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導（ <input type="checkbox"/> 歯科医師、 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士） <input type="checkbox"/> その他（ ）
(3) その他留意点 <input type="checkbox"/> 摂食・嚥下機能 <input type="checkbox"/> 誤嚥性肺炎 <input type="checkbox"/> 低栄養 <input type="checkbox"/> その他（ ）
(4) 連携すべきサービス <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> あり（ ） →必要な支援（ ）

利用者の日常生活上の留意事項・社会生活面の課題と地域社会において必要な支援等

(1) 利用者の日常生活上の留意事項
(2) 社会生活面の課題と地域社会において必要な支援 社会生活面の課題 <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> あり () → 必要な支援 ()
(3) 特記事項

歯科衛生士による居宅療養管理指導に係るスクリーニング・アセスメント・管理指導計画

1 基本情報

利用者氏名	(ふりがな)	明・大・昭 年 月 日生 (歳)	男 ・ 女
食形態	<input type="checkbox"/> 経口摂取(<input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 嚥下調整食(<input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2-2 <input type="checkbox"/> 2-1 <input type="checkbox"/> 1j <input type="checkbox"/> 0t <input type="checkbox"/> 0j) <input type="checkbox"/> 経腸栄養 <input type="checkbox"/> 静脈栄養		
誤嚥性肺炎の発症・罹患	<input type="checkbox"/> あり(発症日:令和 年 月 日) <input type="checkbox"/> なし		

※嚥下調整食の分類、誤嚥性肺炎の発症等について介護保険施設と連携を図り把握するよう努めるとともに、6ヶ月以内の状況について記載すること。

2 スクリーニング、アセスメント

記入者・記入年月日	(氏名)	令和 年 月 日
口腔衛生状態	口臭	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない
	歯の汚れ	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない
	義歯の汚れ	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない
	舌苔	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない
口腔機能の状態	食べこぼし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない
	舌の動きが悪い	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない
	むせ	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない
	痰がらみ	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない
	口腔乾燥	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない

(以下の評価は歯科医師の判断により必要に応じて実施)

歯科疾患等	歯数 () 歯 歯の問題(う蝕、破折、脱離等) <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない 歯周病 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない 粘膜の問題(潰瘍等) <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない 義歯の問題(不適合、破折) <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない
特記事項	

3 居宅療養管理指導計画

利用者家族に説明を行った日 令和 年 月 日

初回作成日	令和 年 月 日	作成(変更)日	令和 年 月 日
記入者	歯科医師:	歯科衛生士:	
目標	<input type="checkbox"/> 歯科疾患(<input type="checkbox"/> 重症化予防 <input type="checkbox"/> 歯科治療) <input type="checkbox"/> 口腔衛生(<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介護者の口腔清掃 技術の向上 <input type="checkbox"/> 専門職の定期的な口腔清掃等) <input type="checkbox"/> 摂食・嚥下機能(<input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 改善)	<input type="checkbox"/> 食形態(<input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 改善) <input type="checkbox"/> 栄養状態(<input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 改善) <input type="checkbox"/> 誤嚥性肺炎の予防 <input type="checkbox"/> その他()	
実施内容	<input type="checkbox"/> 口腔の清掃 <input type="checkbox"/> 口腔の清掃に関する指導 <input type="checkbox"/> 義歯の清掃 <input type="checkbox"/> 義歯の清掃に関する指導	<input type="checkbox"/> 摂食・嚥下等の口腔機能に関する指導 <input type="checkbox"/> 誤嚥性肺炎の予防に関する指導 <input type="checkbox"/> その他()	
訪問頻度	<input type="checkbox"/> 月4回程度 <input type="checkbox"/> 月2回程度 <input type="checkbox"/> 月1回程度 <input type="checkbox"/> その他()		
関連職種との連携			

4 実施記録

訪問日	令和 年 月 日 時 分 ~ 時 分	実施者	
訪問先	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 認知症グループホーム <input type="checkbox"/> 特定施設(有料老人ホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホーム)		
歯科医師の同行の有無	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り 令和 年 月 日 時 分 ~ 時 分		
実地指導の要点	<input type="checkbox"/> 口腔の清掃 <input type="checkbox"/> 口腔の清掃に関する指導 <input type="checkbox"/> 義歯の清掃 <input type="checkbox"/> 義歯の清掃に関する指導	<input type="checkbox"/> 摂食・嚥下等の口腔機能に関する指導 <input type="checkbox"/> 誤嚥性肺炎の予防に関する指導 <input type="checkbox"/> その他()	
解決すべき課題			
特記事項	<input type="checkbox"/> 実地指導に係る情報提供・指導() <input type="checkbox"/> 管理指導計画の見直しを含めた歯科医師からの指示()		

薬剤師向け情報連絡・質問票

居宅介護支援事業所
その他（ ）

事業所名： _____ (月 日) 薬局名： _____
 担当者： _____  担当者： _____
 TEL： _____  TEL： _____
 FAX： _____ FAX： _____
 (月 日)

利用者氏名： _____ 様 生年月日： _____ 年 月 日

情報を提供します。確認をお願いします。

服薬状況	<input type="checkbox"/> 薬が大量に余っている <input type="checkbox"/> 指示通り服薬できない <input type="checkbox"/> その他 ()	
健康状態	身体状況 <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> えん下機能低下 <input type="checkbox"/> 日中傾眠 <input type="checkbox"/> 発疹 <input type="checkbox"/> 認知機能 ()	<input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 食欲不振 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> その他 ()
活動(ADL)	<input type="checkbox"/> 移動 <input type="checkbox"/> その他 ()	
<input type="checkbox"/> その他		

質問します。回答をお願いします。

【質問】

【回答】

その他

ご存知ですか？訪問看護

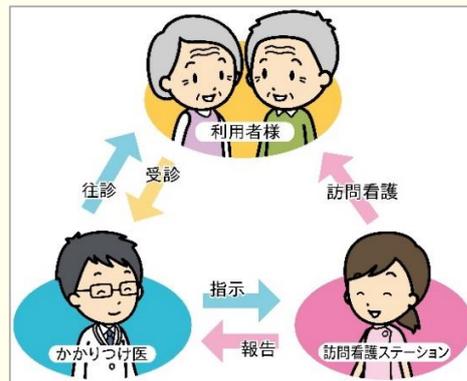
看護師などがお住まいを訪問し、療養生活を送っている方の看護を行うサービスです。本人や家族の思い、ライフスタイルを尊重して、生活の質が向上できるよう予防的支援から看取りまでを支えます。

■訪問看護を受けられる人は？

病気や心身の障害のために、療養生活の支援を必要とする方や終末期ケアを必要とする方、乳幼児から高齢者まで、かかりつけ医が訪問看護の必要を認めたすべての方が受けられます。医療保険や介護保険で利用できます。

医療処置が必要な方や重症な方だけでなく、閉じこもりがちな高齢者で寝たきりになるおそれがある方、リハビリテーションや服薬指導が必要な方、認知症や糖尿病、パーキンソン病、慢性閉塞性肺疾患、心臓病、がん治療後などで在宅療養が必要な方も利用できます。

在宅での療養が必要な本人はもちろん、そのご家族も支援します。



■どんなサービスがあるの？

本人や家族の心配なこと、不安なこと、希望することについて相談にのり、療養生活がスムーズに行えるよう支援します。心身の健康状態や病状、治療の状況、療養や介護の状況、社会生活、療養環境を総合的に判断して必要な看護を提供します。（具体的なサービスについては裏面をご覧ください）



参考・引用資料：訪問看護活用ガイド(改訂版)2009年発行(2015年9月改定)

訪問看護を利用しましょう！

訪問看護を利用することで、在宅療養に関する心配や不安が軽減するだけでなく、病状の悪化を防ぐことができます。まずはかかりつけ医やケアマネジャー、病院の退院調整担当者、お近くの地域包括支援センター、在宅医療・介護連携サポートセンター、市役所（長寿課）などにお気軽にご相談ください。

訪問看護師はどんなことをするの？

ご家族の 相談と支援

介護方法を助言したり、介護職などと連携することでご家族の介護を支援します。



病状の 観察や健康 状態の管理と看護

体温、脈拍、血圧、呼吸の状態などを測定し、心身の健康状態などを観察します。



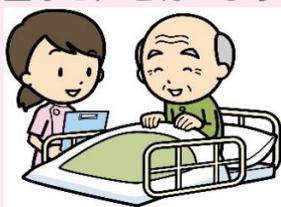
療養生活の 支援・相談

食事や運動、口腔ケア、排泄のケアなどを行い、健康状態の維持・改善を図ります。



医療処置・ 治療上の看護

主治医の指示に基づく医療処置（在宅酸素、人工呼吸器、経管栄養、点滴静脈注射、褥瘡処置など）を行います。



リハビリ テーション看護

運動機能の回復・維持・低下予防などについて助言や指導を行います。



在宅看取り の援助

最期までその人らしく療養生活を送ることができるよう、本人や家族の思いに寄り添って援助します。



認知症の看護

病状を観察し、服薬の確認や生活リズムの調整、必要なサービスの活用、周囲とのコミュニケーションがスムーズにいくよう支援します。

医療的ケアの 必要な児の看護

医療的ケアに必要な小児が、安心して在宅で療育できるよう支援します。



■ご利用についてのご相談はお近くの訪問看護ステーションへお気軽にご相談ください。
蒲郡市内の訪問看護ステーションの連絡先や詳細につきましては、『がまごおりし介護保険サービスガイド』
または『蒲郡市訪問看護ステーション一覧』をご覧ください。

訪問看護指示書 在宅患者訪問点滴注射指示書

※該当する指示書を○で囲むこと

訪問看護指示期間 (年 月 日 ~ 年 月 日)
点滴注射指示期間 (年 月 日 ~ 年 月 日)

患者氏名	生年月日		年	月	日	(歳)				
患者住所	電話 () -									
主たる傷病名	(1)	(2)	(3)							
現在の状況 (該当項目に○等)	病状・治療 状態									
	投与中の薬剤 の用量・用法	1.	2.							
	日常生活 自 立 度	寝たきり度	J 1	J 2	A 1	A 2	B 1	B 2	C 1	C 2
		認知症の状況	I	II a	II b	III a	III b	IV	M	
	要介護認定の状況	要支援 (1 2)		要介護 (1 2 3 4 5)						
	褥 瘡 の 深 さ	DESIGN-R2020 分類		D 3	D 4	D 5	NPUAP 分類			III 度
装着・使用 医療機器等	1. 自動腹膜灌流装置		2. 透析液供給装置		3. 酸素療法 (l/min)					
	4. 吸引器		5. 中心静脈栄養		6. 輸液ポンプ					
	7. 経管栄養 (経鼻・胃瘻 : サイズ)				、			日に1回交換		
	8. 留置カテーテル (部位 : サイズ)				、			日に1回交換		
	9. 人工呼吸器 (陽圧式・陰圧式 : 設定)									
	10. 気管カニューレ (サイズ)									
	11. 人工肛門		12. 人工膀胱		13. その他 ()					
留意事項及び指示事項										
I 療養生活指導上の留意事項										
II 1. 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が行う訪問看護 〔 1日あたり () 分を週 () 回 〕										
2. 褥瘡の処置等										
3. 装着・使用医療機器等の操作援助・管理										
4. その他										
在宅患者訪問点滴注射に関する指示 (投与薬剤・投与量・投与方法等)										
緊急時の連絡先 不在時の対応										
特記すべき留意事項 (注: 薬の相互作用・副作用についての留意点、薬物アレルギーの既往、定期巡回・随時対応型訪問看護及び複合型サービス利用時の留意事項等があれば記載して下さい。)										
他の訪問看護ステーションへの指示 (無 有 : 指定訪問看護ステーション名)										
たんの吸引等実施のための訪問介護事業所への指示 (無 有 : 訪問介護事業所名)										

上記のとおり、指示いたします。

年 月 日

医療機関名
住 所
電 話
(FAX.)
医師氏名

印

事業所

殿

特別訪問看護指示書
在宅患者訪問点滴注射指示書

※該当する指示書を○で囲むこと

特別看護指示期間 (年 月 日 ~ 年 月 日)
点滴注射指示期間 (年 月 日 ~ 年 月 日)

患者氏名	生年月日	年	月	日
(歳)				
病状・主訴： 一時的に訪問看護が頻回に必要な理由：				
留意事項及び指示事項 (注：点滴注射薬の相互作用・副作用についての留意点があれば記載して下さい。)				
点滴注射指示内容 (投与薬剤・投与量・投与方法等)				
緊急時の連絡先等				

上記のとおり、指示いたします。

年 月 日

医療機関名
電 話
(FAX.)
医師氏名

印

事業所

殿

記入日： 年 月 日
入院日： 年 月 日
情報提供日： 年 月 日

入院時情報提供書

医療機関 ← 居宅介護支援事業所

医療機関名：

事業所名：

ご担当者名：

ケアマネジャー氏名：

TEL：

FAX：

利用者(患者)/家族の同意に基づき、利用者情報(身体・生活機能など)の情報を送付します。是非ご活用下さい。

1. 利用者(患者)基本情報について

患者氏名	(フリガナ)	年齢	才	性別	男 女
		生年月日	明・大・昭	年 月 日 生	
住所	〒	電話番号			
住環境 ※可能ならば、「写真」などを添付	住居の種類（戸建て・集合住宅）、__階建て、居室__階、エレベーター（有・無） 特記事項（ ）				
入院時の要介護度	<input type="checkbox"/> 要支援（ ） <input type="checkbox"/> 要介護（ ） 有効期間： 年 月 日 ~ 年 月 日 <input type="checkbox"/> 申請中(申請日 /) <input type="checkbox"/> 区分変更(申請日 /) <input type="checkbox"/> 未申請				
障害高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <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			<input type="checkbox"/> 医師の判断	
認知症高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <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			<input type="checkbox"/> ケアマネジャーの判断	
介護保険の自己負担割合	<input type="checkbox"/> __割 <input type="checkbox"/> 不明		障害など認定	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（身体・精神・知的）	
年金などの種類	<input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> その他()				

2. 家族構成/連絡先について

世帯構成	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> 子と同居 <input type="checkbox"/> その他（ ） * <input type="checkbox"/> 日中独居				
主介護者氏名	(続柄・才)	(同居・別居)	TEL		
キーパーソン	(続柄・才)	連絡先	TEL		

3. 本人/家族の意向について

本人の趣味・興味・関心領域等	
本人の生活歴	
入院前の本人の生活に対する意向	<input type="checkbox"/> 同封の居宅サービス計画(1)参照
入院前の家族の生活に対する意向	<input type="checkbox"/> 同封の居宅サービス計画(1)参照

4. 入院前の介護サービスの利用状況について

入院前の介護サービスの利用状況	同封の書類をご確認ください。 <input type="checkbox"/> 居宅サービス計画書1.2.3表 <input type="checkbox"/> その他（ ）
-----------------	--

5. 今後の在宅生活の展望について（ケアマネジャーとしての意見）

在宅生活に必要な要件	
退院後の世帯状況	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢世帯 <input type="checkbox"/> 子と同居（家族構成員数 名） * <input type="checkbox"/> 日中独居 <input type="checkbox"/> その他（ ）
世帯に対する配慮	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要（ ）
退院後の主介護者	<input type="checkbox"/> 本シート2に同じ <input type="checkbox"/> 左記以外（氏名 続柄・年齢）
介護力*	<input type="checkbox"/> 介護力が見込める（ <input type="checkbox"/> 十分 ・ <input type="checkbox"/> 一部 ） <input type="checkbox"/> 介護力は見込めない <input type="checkbox"/> 家族や支援者はいない
家族や同居者等による虐待の疑い*	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）
特記事項	

6. カンファレンス等について（ケアマネジャーからの希望）

「院内の多職種カンファレンス」への参加	<input type="checkbox"/> 希望あり
「退院前カンファレンス」への参加	<input type="checkbox"/> 希望あり ・ 具体的な要望（ ）
「退院前訪問指導」を実施する場合の同行	<input type="checkbox"/> 希望あり

* = 診療報酬 退院支援加算 1. 2「退院困難な患者の要因」に関連

7. 身体・生活機能の状況／療養生活上の課題について

麻痺の状況		なし	軽度	中度	重度	褥瘡の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()			
A D L	移動	自立	見守り	一部介助	全介助	移動(室内)	<input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他			
	移乗	自立	見守り	一部介助	全介助	移動(屋外)	<input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他			
	更衣	自立	見守り	一部介助	全介助	起居動作	自立	見守り	一部介助	全介助
	整容	自立	見守り	一部介助	全介助					
	入浴	自立	見守り	一部介助	全介助					
	食事	自立	見守り	一部介助	全介助					
食事内容	食事回数	() 回/日 (朝 ___ 時頃 ・ 昼 ___ 時頃 ・ 夜 ___ 時頃)				食事制限	<input type="checkbox"/> あり () <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明			
	食事形態	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> きざみ <input type="checkbox"/> 嚥下障害食 <input type="checkbox"/> ミキサー				UDF等の食形態区分				
	摂取方法	<input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経管栄養		水分とろみ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	水分制限	<input type="checkbox"/> あり () <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明			
口腔	嚥下機能	むせない	時々むせる	常にむせる	義歯	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(部分・総)				
	口腔清潔	良	不良	著しく不良	口臭	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり				
排泄*	排尿	自立	見守り	一部介助	全介助	ポータブルトイレ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 夜間 <input type="checkbox"/> 常時			
	排便	自立	見守り	一部介助	全介助	オムツ/パッド	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 夜間 <input type="checkbox"/> 常時			
睡眠の状態		良	不良 ()		眠剤の使用	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり				
喫煙		無	有 ___ 本くらい/日		飲酒	無	有 ___ 合くらい/日あたり			
コミュニケーション能力	視力	問題なし	やや難あり	困難		眼鏡	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()			
	聴力	問題なし	やや難あり	困難		補聴器	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり			
	言語	問題なし	やや難あり	困難		コミュニケーションに関する特記事項：				
	意思疎通	問題なし	やや難あり	困難						
精神面における療養上の問題		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 焦燥・不穏 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 暴力/攻撃性 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 危険行為 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> その他 ()								
疾患歴*		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 悪性腫瘍 <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 急性呼吸器感染症 <input type="checkbox"/> 脳血管障害 <input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> その他 ()								
入院歴*	最近半年間での入院	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (理由： _____ 期間： H ____ 年 ____ 月 ____ 日 ~ H ____ 年 ____ 月 ____ 日) <input type="checkbox"/> 不明								
	入院頻度	<input type="checkbox"/> 頻度は高い/繰り返している <input type="checkbox"/> 頻度は低いが、これまでもある <input type="checkbox"/> 今回が初めて								
入院前に実施している医療処置*		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 経鼻栄養 <input type="checkbox"/> 経腸栄養 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 尿道カテーテル <input type="checkbox"/> 尿路ストーマ <input type="checkbox"/> 消化管ストーマ <input type="checkbox"/> 痛みコントロール <input type="checkbox"/> 排便コントロール <input type="checkbox"/> 自己注射 () <input type="checkbox"/> その他 ()								

8. お薬について ※必要に応じて、「お薬手帳(コピー)」を添付

内服薬	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	居宅療養管理指導	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (職種：)
薬剤管理	<input type="checkbox"/> 自己管理 <input type="checkbox"/> 他者による管理 (管理者： _____ ・管理方法： _____)		
服薬状況	<input type="checkbox"/> 処方通り服用 <input type="checkbox"/> 時々飲み忘れ <input type="checkbox"/> 飲み忘れが多い、処方が守られていない <input type="checkbox"/> 服薬拒否		
お薬に関する、特記事項			

9. かかりつけ医について

かかりつけ医機関名		電話番号	
医師名	(フリガナ)	診察方法・頻度	<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 訪問診療 ・頻度 = () 回 / 月

* = 診療報酬 退院支援加算 1. 2「退院困難な患者の要因」に関連

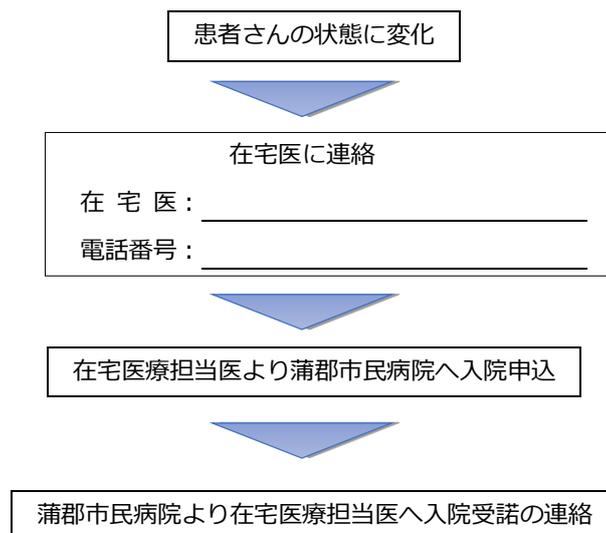
患者さん用

患者さんのご家族が安心して在宅療養が行えるように在宅医療担当医（かかりつけ医）と入院施設をもつ蒲郡市民病院が連携して「もしもの時に」に対応するシステムです。

蒲郡市民病院の在宅療養後方支援病院にご登録いただき、在宅医療担当医が緊急入院を必要と判断したとき、蒲郡市民病院が24時間原則入院をお受けいたします。

やむをえず入院できない場合は、蒲郡市民病院が別の入院先をご案内します。

運用手順



蒲郡市平田町向田1番地1

蒲郡市民病院

患者支援センター

TEL (0533) 66-2307

在宅療養後方支援病院への入院希望届出書

説明日 令和 年 月 日

説明者 _____

蒲郡市民病院は、【患者氏名】さんが在宅療養中に緊急対応が必要になった場合に、【在宅医療を担当している医療機関名】からの連絡に基づき、24時間いつでも診療を行います。また、その際に入院が必要となった場合は、原則として当院で入院治療を行います。万一、当院で入院治療が行えない場合は、当院が適切な医療機関へ紹介します。

なお、緊急時の対応をスムーズに行うことを目的として、【在宅医療を担当している医療機関名】と【患者氏名】さんの診療情報等について情報交換を行います。

在宅医療を担当している医療機関の情報

名称 _____

住所 _____

連絡先 _____ (担当医氏名: _____)

緊急時の受入を希望する医療機関の情報

名称 蒲郡市民病院 _____

住所 愛知県蒲郡市平田町向田1番地1 _____

連絡先 0533-66-2200 _____

上記医療機関で対応ができなかった場合に搬送の可能性がある医療機関
(搬送を希望される医療機関がありましたらご記入下さい。)

1. _____ 2. _____

患者に関する情報

氏名 _____ 生年月日 _____

住所 _____

連絡先 _____

算定している在宅療養指導管理料 _____

病状等(病名・処方内容・治療方針等をご記入下さい。(別紙添付可)) _____

緊急時の対応について _____

令和 年 月 日

在宅療養後方支援病院 診療情報交換用紙

在宅医療機関名 _____
担当医師名 _____
電話番号 _____
FAX 番号 _____

【在宅療養後方支援病院】
蒲郡市民病院 患者支援センター
TEL 0533-66-2307(直通)
FAX 0533-66-2308(直通)

1. 登録患者

※ I D 番号	氏 名	生 年 月 日

※ 3 ヶ月に 1 回、診療情報を交換させていただきます。(4 月・7 月・10 月・1 月予定)

※ I D 番号は蒲郡市民病院の I D 番号です。

2. 診療情報

病名、処方内容、治療方針、当院への入院希望意思に変更がある場合にご記入ください。
<input type="checkbox"/> 入院希望登録時の届出内容に変更はありません。
<input type="checkbox"/> 入院希望登録時の届出内容に変更、または利用希望停止があります。(死亡・転居含む)
↓ 変更内容等をご記入ください。

様式 1

診療情報提供書（在宅患者等一時入院用）

平成 年 月 日

（宛先）

蒲郡市民病院

患者支援センター

医療機関名

所在地

医師の氏名

印

電話番号

F A X 番号

フリガナ	性別	生年月日
氏名 様	男・女	M・T・S・H 年 月 日（才）
住所 〒		
電話番号 自宅（ ） ・ 携帯（ ）		
希望日 平成 年 月 日（ ） ～ 日間 希望		
ケアマネージャー・訪問看護師の有無 あり（事業所名： ） ・ なし		
傷病名		
認知症・危険行動の有無 【認知症】 あり（ ） ・ なし 【危険行動】 あり（ ） ・ なし		
症状・検査結果・治療経過		
処方等		

(介護関連施設からの情報提供用)

救急隊及び病院 への情報提供票

作成日	令和 年 月 日
施設名	
住所	
TEL	

住所					
ふりがな 氏名				性別	男 ・ 女
生年月日	明治 大正 昭和 平成	年 月 日生	年齢	歳 (年 月 日 現在)	
現在の施設 利用状況	入所・入居 ショートステイ ロングショートステイ その他()				

現在治療中の 病気					
現在服用中の薬	<input type="checkbox"/> 処方情報またはお薬手帳を別に添付の場合は、左の□に✓				
過去の病歴					
掛かりつけ 医療機関					
本人及び家族等の 緊急時における 心肺蘇生の希望	<input type="checkbox"/> 希望あり	<input type="checkbox"/> 希望なし	<input type="checkbox"/> 不明		
意思確認対象者 (上記の意思を表明し たのは誰か)	<input type="checkbox"/> 本人	<input type="checkbox"/> 家族 (続柄:)			
	<input type="checkbox"/> 本人が指名した家族以外の代弁者	(本人との関係性:)			

普段の生活

会 話	可 ・ 不可	歩 行	自力歩行 ・ 補助歩行 ・ 車イス ・ 寝たきり	
食 事	経 口 ・ 介助経口 ・ その他 ()			

緊急連絡先

ふりがな 氏名		電話 番号		続柄	
住所					
ふりがな 氏名		電話 番号		続柄	
住所					

※ この用紙は救急業務及び病院受診時の情報提供以外に使用しません

※ この用紙は、搬送先医療機関に提出します。提出後は、返却できませんので、あらかじめご了承ください。

【蒲郡市消防本部 TEL0533-68-5119、蒲郡市民病院 患者支援センター TEL 0533-66-2307】

(記入例)

(介護関連施設からの情報提供用)

救急隊及び病院
への情報提供票

作成日	令和 6 年 2 月 1 日
施設名	特別養護老人ホーム〇〇〇
住所	蒲郡市平田町向田1番地1
TEL	0533-66-2310

住所	蒲郡市平田町向田1番地1		
ふりがな 氏名	がまごおり はなこ 蒲郡 花子	性別	男 ・ <input checked="" type="radio"/> 女
生年月日	明治 大正 <input checked="" type="radio"/> 昭和 平成	11 年 1 月 1 日生	年齢 88 歳 (R6 年 2 月 1 日 現在)
現在の施設 利用状況	<input checked="" type="radio"/> 入所・入居 ショートステイ ロングショートステイ その他()		

現在治療中の 病気	1) 高血圧症 2) 脳梗塞後遺症(左不全麻痺) 3) 脳血管性認知症
現在服用中の薬	<input checked="" type="checkbox"/> 処方情報またはお薬手帳を別に添付の場合は、左の□に✓
過去の病歴	・子宮がん(H10年子宮全摘出) ・左大腿骨頸部骨折(H29人工骨頭置換術) ・脳梗塞(R元年)
掛かりつけ 医療機関	蒲郡市民病院 脳神経外科
本人及び家族等の 緊急時における 心肺蘇生の希望	<input type="checkbox"/> 希望あり <input checked="" type="checkbox"/> 希望なし <input type="checkbox"/> 不明
意思確認対象者 (上記の意思を表明し たのは誰か)	<input checked="" type="checkbox"/> 本人 <input checked="" type="checkbox"/> 家族(続柄: 長男) <input type="checkbox"/> 本人が指名した家族以外の代弁者 (本人との関係性:)

普段の生活

会話	<input checked="" type="radio"/> 可 ・ 不可	歩行	自力歩行 ・ 補助歩行 ・ <input checked="" type="radio"/> 車イス ・ 寝たきり
食事	経口 ・ <input checked="" type="radio"/> 介助経口 ・ その他 ()		

緊急連絡先

ふりがな 氏名	がまごおり たろう 蒲郡 太郎	電話番号	0533-66-2200	続柄	長男
住所	蒲郡市平田町向田1-2				
ふりがな 氏名	がまごおり はなみ 蒲郡 花美	電話番号	0533-66-2307	続柄	長女
住所	蒲郡市平田町向田1-3				

※ この用紙は救急業務及び病院受診時の情報提供以外に使用しません

※ この用紙は、搬送先医療機関に提出します。提出後は、返却できませんので、あらかじめご了承ください。

【蒲郡市消防本部 TEL0533-68-5119、蒲郡市民病院 患者支援センター TEL 0533-66-2307】

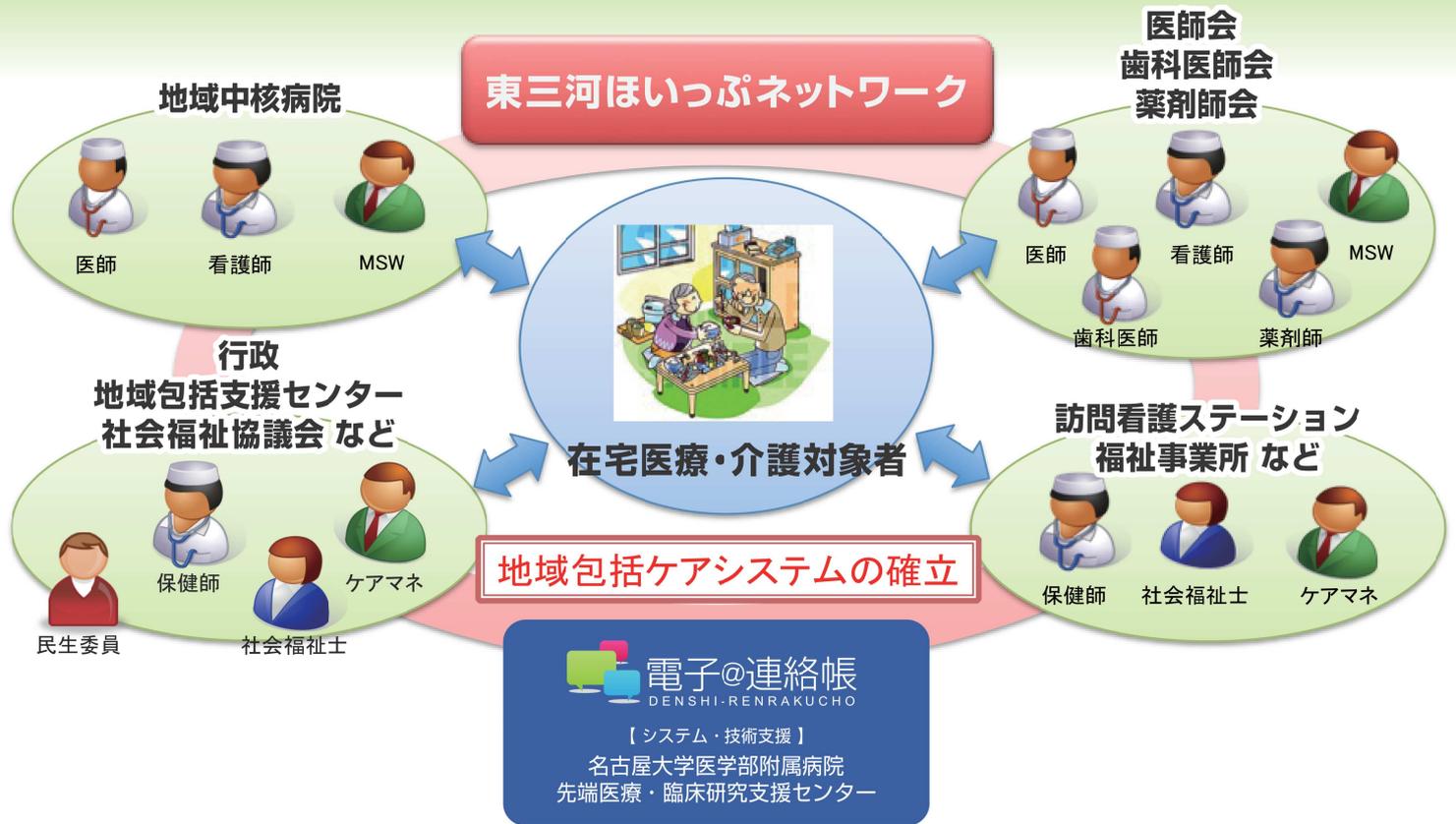


在宅医療・福祉統合ネットワーク



東三河ほいっぷネットワーク

高齢者・障がい者の在宅での生活を支えるために
地域中核病院・診療所・地域包括支援センター・訪問看護ステーション・
歯科医院・薬局・居宅介護支援事業所などが
スムーズな多職種連携を行うためのインターネットを使った情報共有ネットワークです。



詳しくは、東三河ほいっぷネットワークポータルサイトをご覧ください。

<https://ptl.ijj-renrakucho.jp/gamagori/>

または

東三河ほいっぷ 蒲郡

検索

で、検索できます。

説明者： _____

の説明を受け、地域包括ケアシステム電子@連絡帳「東三河ほいっぷネットワーク」を利用して申請者(サービス利用者)の医療・介護情報を関係職種機関で共有することに同意します。

令和 年 月 日 申請者(サービス利用者)署名 _____

※ご本人が意思表示困難な場合 _____

ご本人氏名 _____
代理人署名 _____ (続柄: _____)

【申請者(サービス利用者)様控】

「東三河ほいっぷネットワーク」参加説明書

東三河ほいっぷネットワーク(電子@連絡帳)は、地域での医療・福祉関係機関がコンピューターなどの情報技術を活用したシステムにより情報共有を図り、申請者(サービス利用者)様に関わる医師や介護事業者を始めとした多職種関係者が支援チームを組むことによって、より連携の取れた効果的・効率的な医療・介護等を推進し、申請者(サービス利用者)様とその住み慣れた地域での生活を支援するものです。

個人情報取扱同意書

申請者様の個人情報の利用については、以下のとおり取扱いをいたします。

1. ネットワークの目的

このネットワークは、申請者(サービス利用者)様のプライバシー保護を厳重に図りながら診療・介護情報の一部を、ネットワークに参加する行政、医療機関、介護支援専門員、介護施設、薬局、在宅介護サービス提供事業者間を結ぶ必要最小限のネットワークを共有し、診療・検査や日々のケアなどから得られた多くのデータを元に治療や介護の方針・方法等を検討し、質の高い安全・安心な診療や介護サービスの提供を可能にする事を目的としています。

また介護認定審査においても、このネットワークにより認定に必要な情報を共有し審査を実施します。

2. 個人情報の安全確保

このネットワークは、医療情報システムの安全管理に関するガイドラインに基づいた記述で外部からの不正な侵入に対して厳格に情報を保護しており、外部に漏洩することはありません。

3. ネットワークの利用開始

ネットワークの利用にあたっては、かかりつけ医(主治医)や、担当の介護支援専門員、ネットワーク参加事業者等において、申請者(サービス利用者)様の同意をいただいたものとして利用を開始します。なお同意いただけない場合は、利用しません。

説明者: _____

の説明を受け、地域包括ケアシステム電子@連絡帳「東三河ほいっぷネットワーク」を利用して申請者(サービス利用者)の医療・介護情報を関係職種機関で共有することに同意します。

令和 年 月 日 申請者(サービス利用者)署名 _____

※ご本人が意思表示困難な場合 _____ ご本人氏名 _____

代理人署名 _____ (続柄: _____)

もしもの災害に備えた登録を

～電源確保に備えた人工呼吸器・在宅酸素療養者の登録～



台風や地震などの災害により停電が発生し、電源を利用できなくなった際に、関係機関で支援する制度を実施しています。いつ発生するかわからない災害に備え、対象となる方は事前の登録をお願いします。

登録の3つのメリット

- ① 長時間の停電にも対応できる専用の避難所を設け、電源や酸素ポンペを供給するなどの支援を行います。
- ② 人工呼吸器利用者を蒲郡市民病院で受け入れます。
- ③ 医療機器メーカーを含めた関係機関で相互に連携し、必要に応じて支援します。

※大きな自然災害など、突発的で大規模な停電の場合には対応できない場合もあります。



対象者

市内に在住する人工呼吸器または在宅酸素療養者



登録方法

登録申請書(長寿課、市ホームページにあります)に必要な事項を記載のうえ、長寿課へ申し込みください。ご家族や担当のケアマネジャーによる登録代行も可能です。

※収集した個人情報は、個人情報の保護に関する法律に基づき、厳正かつ適切に管理します。

問合せ先

蒲郡市 長寿課 地域包括ケア推進室

TEL(0533)66-1105

蒲郡市在宅医療・介護連携サポートセンター

TEL(0533)65-9050

蒲郡電源あんしんネットワーク

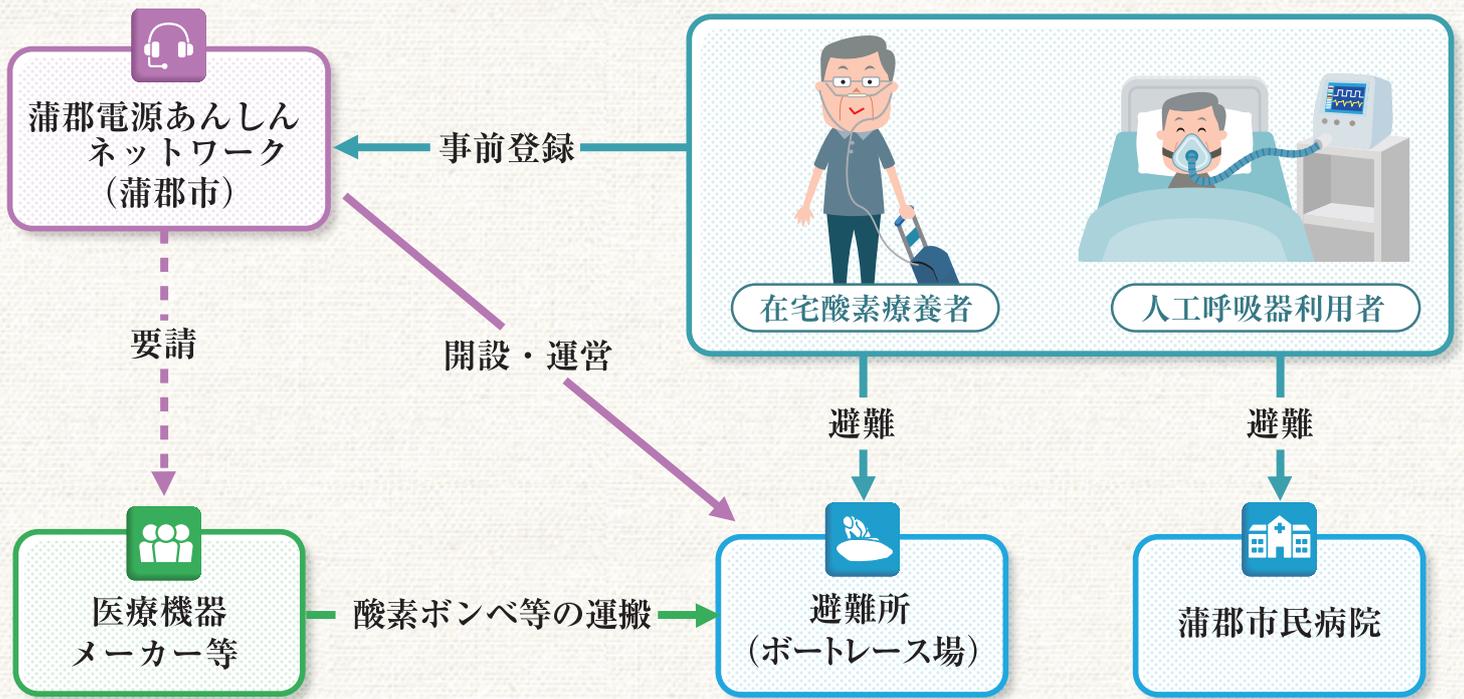
災害に備え、人工呼吸器利用者や在宅酸素療養者を支援する関係機関によるネットワーク組織。

加入機関

- 一般社団法人蒲郡市医師会
- 中部電力パワーグリッド株式会社
- 蒲郡市在宅医療・介護連携サポートセンター
- 愛知県豊川保健所
- 蒲郡市民病院
- 蒲郡市(関係各課)
- 帝人ヘルスケア株式会社
- 株式会社フィリップス・ジャパン
- フクダライフテック中部株式会社
- 株式会社ナンブ
- チェスト株式会社
- 株式会社星医療酸器東海
- サーラエナジー株式会社

(令和6年2月1日現在)

登録から避難までの流れ



避難に関する Q & A

Q 避難所はどのタイミング・条件で開設されるの？

A 市内の広い範囲で停電が発生した場合及び、高齢者等避難（警戒レベル3）が発令され、登録者から避難要請があった場合に開設を予定しています。

Q 蒲郡ボートレース場を避難所としたのはなぜ？

A 市内の公共施設で唯一、特別高圧電力を利用しており、鉄塔から送電線により電力を供給するという仕組みを利用していることにより、非常に停電になるリスクが低い施設のためです。

Q 蒲郡ボートレース場は、津波等の被害想定はないの？

A 津波の想定区域ではありませんが、高潮（2～5m）は想定区域となっています。高潮の危険がある場合には、ソフィア看護専門学校を避難所とします。

Q ボートレース場には、食糧等をどのくらい備蓄しているの？

A 一般的に、電気の復旧所要時間は72時間とされていますので、3日程度の非常食及び飲料水、そして間仕切り用のパーティションや段ボールベッド等の用品を備蓄しています。

災害から身を守り、安心して生活を続けるためには、自助も大切です。日頃から各家庭で非常持ち出し品の準備、避難先やご家族との連絡方法の確認などの備えをおきましょう。



蒲郡電源あんしんネットワーク支援登録申請書

年 月 日

蒲郡市長 様

申請者 住 所

氏 名

加入対象者との続柄（ ）

電話番号

蒲郡市内において地震その他の災害が発生し、又は発生するおそれがある場合（以下「災害時」という。）に支援を受けるため、蒲郡電源あんしんネットワーク（以下「ネットワーク」という。）に、次のとおり登録申請します。

【登録対象者】

ふりがな 氏 名	
住 所	蒲郡市
生 年 月 日	年 月 日

【添付資料】 蒲郡電源あんしんネットワーク登録台帳（第2号様式）

【個人情報の取扱い確認】

ネットワークへの登録申請にあたり、次の事項について同意します。

- 1 災害時における支援及びその準備のため、ネットワークに所属する機関において登録者情報を共有すること。
- 2 災害時における支援のため、避難所への避難に関する情報を、ネットワークに所属する機関において共有すること。
- 3 災害時における支援及びその準備のため、特に必要と認められる場合に限り、地域の自主防災会、民生児童委員、近隣者等、消防機関、警察機関、社会福祉協議会及びその他避難支援等の実施に携わる関係者へ登録者情報を提供すること。
- 4 災害時における支援及びその準備のため、地域包括ケアシステム電子@連絡帳「東三河ほいっぷネットワーク」を利用して登録者の医療・介護情報をネットワークに所属する機関に、登録者情報を関係職種機関において共有すること。

【登録対象者署名】

年 月 日 _____

（署名代理人氏名 _____ 続柄 _____ ）

蒲郡電源あんしんネットワーク登録台帳

記載日： 年 月 日

【登録対象者】

ふりがな 氏 名		
住 所	蒲郡市	
生年月日・性別	年 月 日（年齢 歳）	男 ・ 女
病 名		
その他持病・症状		
利 用 機 器	人工呼吸器 ・ 在宅酸素 ・ その他（ ）	
担当メーカー等		
災害対応設備	外部バッテリー（有 ・ 無） 発電機（有 ・ 無）	
かかりつけ医		
避難所への 移動方法		
同居家族等	(続柄) 主介護者 <input type="checkbox"/>	(続柄) 主介護者 <input type="checkbox"/>
	(続柄) 主介護者 <input type="checkbox"/>	(続柄) 主介護者 <input type="checkbox"/>

※以下は災害発生時に避難所開設等をお知らせするための連絡先となります。

電 話 番 号	携帯（ ）・固定（ ）
携帯メール	@