

入所時連携シート

記入日： 年 月 日
入院日： 年 月 日
情報提供日： 年 月 日

救世軍清瀬病院 介護医療院シャロン
TEL : 042-497-8185 FAX : 042-497-8186
担当 加納 遠藤 森本

事業所名：
所属名：
ご担当：
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									
利用者氏名	(フリガナ)	年齢	歳	性別					
		生年月日		年	月	日			
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		階建て	居室	階	エレベーター			
	特記事項 ()								
介護保険情報	<input type="checkbox"/> 要支援 <input type="checkbox"/> 要介護 <input type="checkbox"/> 事業対象者	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	級				
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"/> 日中独居 <input type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> 子と同居 <input type="checkbox"/> その他 ()								
主介護者氏名	続柄	歳		TEL					
キーパーソン	続柄	歳		TEL					
後見人	氏名			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								
ACPIについて	<input type="checkbox"/> 話し合ったことがある 最終確認日 年 月 日 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 友人 <input type="checkbox"/> 医療・介護チーム <input type="checkbox"/> その他 ()								
	内容 <input type="checkbox"/> 話し合ったことがない 今後医療・介護について相談したい相手 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 友人 <input type="checkbox"/> 医療・介護チーム <input type="checkbox"/> その他 ()								
4. 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	管理者 () 管理方法 ()								
服薬状況									
かかりつけ薬局				TEL					
お薬に関する、特記事項									
5. 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				
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			<特記>						
A D L	移動		移動(室内) <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす 移動(屋外) <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす						
	移乗		<特記>						
	更衣		<特記>						
	整容		<特記>						
	入浴		<特記>						
	食事		<特記>						
食事内容	食事回数					食事制限	<input type="checkbox"/> あり () <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明		
	食事形態		<特記>		UDF等の食形態区分			<特記>	
	摂取方法		水分とろみ		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		口腔清潔		義歯			口臭	
排泄*	排尿		排便		ポータルトイレ		オムツ/パッド		
睡眠の状態			<特記>			眠剤の使用		<種類>	
喫煙			本くらい/日	飲酒		くらい/日あたり			
コミュニケーション能力	視力		眼鏡			聴力		補聴器	
	言語		意思疎通						
	コミュニケーションに関する特記事項：								
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・不安 <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		理由	() 期間 R 年 月 日 ~ R 年 月 日					
	入院頻度								
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. 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		<input type="checkbox"/> 居宅サービス計画書 3表(週間予定表) <input type="checkbox"/> 居宅サービス計画書1.2表 <input type="checkbox"/> その他 ()							
9. 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"/> 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> 子と同居 <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"/> 介護力が見込めない <input type="checkbox"/> 家族や支援者はいない							
特記事項		(虐待疑いなど)							

* = 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