

入退院共通連携シート(在宅・施設→医療機関)

※一部報徳会宇都宮病院用にアレンジしています。

作成日

入院日

情報提供日

様

氏名			男性 ・ 女性	生年月日	年齢	歳
住所	TEL		申請中【 新規 ・ 更新 ・ 変更 】		事業対象者	
緊急連絡先	氏名: (続柄: )	TEL	要介護度	要支援 1 ・ 2 要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5		
	氏名: (続柄: )	TEL		有効期間 ~		
家族構成	主な介護者	氏名: (続柄: )	本人の意向			
	家屋状況	( 戸建て ・ 集合住宅 )	家族の意向			
		( )階建 居室( )階 エレベーター(有・無)	年金の種類		国民・厚生・共済・障害(身体・知的・精神)	
既往歴	かかりつけ医療機関	※かかりつけ医には情報提供することを伝える			主治医	
	障害者認定の有無	認定 ( なし ・ あり )	障害高齢者の日常生活自立度		自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2	
生活歴	在宅生活に必要な条件	身体 ( )級 精神 ( )級 知的 ( )級	認知症高齢者の日常生活自立度		自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M	
		(ケアマネジャーとしての意見)	虐待の可能性の有無		無 ・ 有	
入院前の状況				具体的状況・その他特記事項		
栄養	食事	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助		※現在療養中の病名とその経過を簡単に記入		
	形態	主食 : 常食 ・ 粥 ・ ペースト				
		副食 : 普通 ・ ソフト食 ・ 刻み ・ ペースト				
		とろみ : なし ・ あり ( )				
方法	経口 ・ 経管栄養 ( 鼻腔 ・ 胃ろう ・ 腸ろう ) ・ 輸液					
	嚥下 : 良 ・ 不良 咀嚼状況 : 良 ・ 不良					
排泄	排尿	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助		尿意 : あり ・ なし		
	排便	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助		便意 : あり ・ なし		
	失禁	なし ・ あり ( )				
	方法	トイレ・ポータブルトイレ・尿器・おむつ・カテーテル等				
入浴	清潔	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助 ・ 行っていない				
	方法	一般浴 ・ シャワー浴 ・ 機械浴 ・ 清拭				
移動	歩行	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助		麻痺の有無 : なし ・ あり( )		
	移乗	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助				
	方法	独歩・杖・シルバーカー・歩行者・車椅子・ストレッチャー				
夜間の状態	睡眠	良眠 ・ 不眠 ( 状態 )				
	睡眠薬	なし ・ ときどき ・ 常用				
認知精神面	認知症状 : なし ・ あり	【中核症状】 <input type="checkbox"/> 記憶障害 <input type="checkbox"/> 見当識障害 <input type="checkbox"/> 知能(判断・理解)障害 <input type="checkbox"/> 実行機能障害		( )		
	専門医への受診 : なし ・ あり ( )	【周辺症状】 <input type="checkbox"/> 幻覚 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 攻撃的行動 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> その他		( )		
	精神状態(疾患) : なし ・ あり ( )					
コミュニケーション	会話 : 可 ・ やや困難 ・ 不可能 ( )	聴覚 : 支障なし ・ 支障あり ( )				
		視覚 : 支障なし ・ 支障あり ( )				
褥瘡	なし ・ あり ( 部位 )	体圧分散マット : 使用していた ・ 使用していなかった				
口腔清潔	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助		感染症	MRSA <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(部位: )		
	義歯の有無: なし ・ あり			HBs抗原( ) ・ HCV抗体( )		
医療的処置	<input type="checkbox"/> 処置あり <input type="checkbox"/> 処置なし <input type="checkbox"/> インスリン注射 ( 内容 : 回数 / 日 自己注射 可・不可 ) <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器		<input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 疼痛管理 <input type="checkbox"/> 膀胱留置カテーテル <input type="checkbox"/> その他 ( )			
その他連絡事項	その他、連絡事項がある際に記入する					

お願い : カンファレンスの際は、参加させていただきたいのでご連絡ください。また、退院時には可能な限り、入退院共通連携シート(医療機関→在宅・施設)を使用しての情報提供をお願いします。薬剤情報は別途添付してください。

事業所名 :

連絡先 : TEL

FAX

担当ケアマネジャー :

Email