

作成年月日:

高萩市 医療・介護連携シート

(介護支援専門員⇒医療機関・施設)

御中

事業所名	
担当者名	
TEL	()
FAX	()

ふりがな 氏名	様			生年月日		年齢		性別	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性
住所					電話番号	()			
連絡先	様	続柄		住所		電話番号	自宅:	()	
	様	続柄		住所		電話番号	携帯:	()	
家族構成図				住環境	<input type="checkbox"/> 一戸建て (階建ての 階に住居) <input type="checkbox"/> 集合住宅(階建て 階) エレベーター <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				
				かかりつけ医	医療機関名() 医師名(先生) 医療機関名() 医師名(先生)				
				既往歴	1 2 3 4 5 6				
				要介護	<input type="checkbox"/> 認定済み <input type="checkbox"/> 新規申請中 <input type="checkbox"/> 更新申請中 <input type="checkbox"/> 区分変更申請中 <input type="checkbox"/> 要支1 <input type="checkbox"/> 要支2 <input type="checkbox"/> 要介1 <input type="checkbox"/> 要介2 <input type="checkbox"/> 要介3 <input type="checkbox"/> 要介4 <input type="checkbox"/> 要介5 認定有効期間 (年 月 日 ~ 年 月 日)				
家族状況				サービス利用状況					
				<input type="checkbox"/> 訪問介護(回/週) <input type="checkbox"/> 訪問看護(回/週、うち医療保険 回/週) <input type="checkbox"/> 通所介護(回/週) <input type="checkbox"/> 通所リハビリ(回/週) <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ(回/週) <input type="checkbox"/> 短期入所(回/週) <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与(内容:) <input type="checkbox"/> その他 ()					
A D L									
移動方法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 杖使用 <input type="checkbox"/> 歩行器使用 <input type="checkbox"/> 装具・補助具使用 <input type="checkbox"/> その他 ()				
口腔清潔	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	義歯: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> その他 ()				
食 事	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 治療食 (<input type="checkbox"/> 糖尿病食 <input type="checkbox"/> 高血圧食 <input type="checkbox"/> 腎臓病食) <input type="checkbox"/> その他 ()				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	主食: <input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> ミキサー 水分: <input type="checkbox"/> トロミ剤使用 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> その他 () 副食: <input type="checkbox"/> 通常 <input type="checkbox"/> 一口大 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> 極小刻み <input type="checkbox"/> ミキサー(<input type="checkbox"/> トロミ付) <input type="checkbox"/> その他 ()				
更衣	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	状況:				
入浴	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 自宅(浴室) <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 通所系サービス <input type="checkbox"/> その他 ()				
排泄	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	場所: <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> リハビリパンツ (<input type="checkbox"/> 常時 <input type="checkbox"/> 夜間のみ)				
服薬管理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	状況:				
療養上の問題	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 不穏 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> 介護抵抗 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 危険行為 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 意思疎通困難 <input type="checkbox"/> その他 ()							
医療処置	<input type="checkbox"/> パルーンカテーテル <input type="checkbox"/> ストマ <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 経管栄養(<input type="checkbox"/> 胃 <input type="checkbox"/> 鼻 <input type="checkbox"/> 腸) <input type="checkbox"/> 褥瘡								
連絡事項	※必要に応じて介護保険証等の添付、内服薬情報をお知らせください。								

この情報を提供することについて、ご本人またはご家族から同意をいただいています。