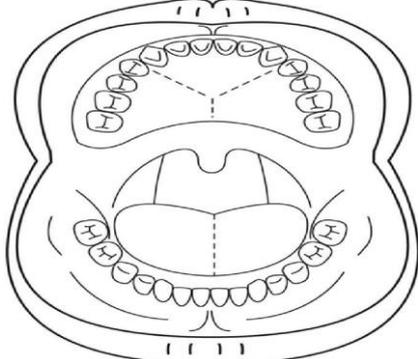


# 医療と介護の情報連携シート

情報提供日 H 年 月 日

情報提供先		<b>(医)恒貴会 大和クリニック</b>		提供元記入者	
利用者名	ふりがな	性別	生年月日		年齢
		男・女	M・T S・H	年 月 日	
住所	〒				
(ア)	連絡先	☎	続柄	特記事項	
	1				
	2				
	3				
家族構成・家族図		家族の介護状況・特記事項		<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 日中独居 <input type="checkbox"/> 老々世帯 <input type="checkbox"/> 経済事情 <input type="checkbox"/> 介護負担 <input type="checkbox"/> 家族関係 <input type="checkbox"/> 本人の理解力 <input type="checkbox"/> 家族の理解力 問題点	
①キーパーソン(氏名 続柄 ) ②主介護者 (氏名 続柄 ) ③代理意思決定者(氏名 続柄 )					
医療保険	自己負担割合	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割		限度額認定証 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 多数該当	
経済状況 助成など	<input type="checkbox"/> 老齢年金 <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 特別障害者手当 <input type="checkbox"/> その他( )				
公費負担など	<input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 特定疾患( )		<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳( 級)		<input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 精神障害者福祉手帳
介護保険	申請状況		認定日	H 年 月 日	
	未申請・申請中・申請済み		有効期限	H 年 月 日 ~ H 年 月 日	
	要介護状態区分		要支援	1・2 要介護 1・2・3・4・5 その他( )	
(ア)	かかりつけ 医科・歯科	医療機関	①	②	③
		主治医			
		連絡先	☎	☎	☎
	連携事業所 担当者 連絡先	訪問看護	薬剤師		ケアマネジャー
☎		☎		☎	
訪問介護		通所・訪問リハ		MSW	
☎		☎		☎	
	デイサービス	ショートステイ		福祉用具	
	☎	☎		☎	
(イ)	主病名	病状・経過など		投薬内容	<input type="checkbox"/> 別紙 <input type="checkbox"/> 不変
	副病名			終末期の希望 (療養先・治療など)	
	既往				
	アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( )		特記事項 <input type="checkbox"/> 褥瘡	
	感染症	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( )			
	入院(予定)日	H 年 月 日	<input type="checkbox"/> 未定		カンファレンス開催 <input type="checkbox"/> 必要(日程 ) <input type="checkbox"/> 不要
	退院(予定)日	H 年 月 日	<input type="checkbox"/> 未定		
	急変時の受入確認 (バックベッド)	<input type="checkbox"/> あり (施設名・担当者) <input type="checkbox"/> なし		☎	

# 医療と介護の情報連携シート

<b>特別な医療</b>		<input type="checkbox"/> 前回診療より変化なし
<input type="checkbox"/> 疼痛の管理 <input type="checkbox"/> 褥瘡の処置 <input type="checkbox"/> ストーマの処置 <input type="checkbox"/> 留置カテーテル（サイズ 交換） <input type="checkbox"/> 点滴の管理 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 経管栄養（経鼻 胃瘻 サイズ 交換） <input type="checkbox"/> ドレーン（部位： ） <input type="checkbox"/> 酸素療法（ L/min） <input type="checkbox"/> 吸引器 <input type="checkbox"/> 気管カニューレ（サイズ） <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 人工膀胱 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
<b>薬の管理</b>		訪問薬剤 <input type="checkbox"/> 希望なし <input type="checkbox"/> 希望あり
服薬状況	<input type="checkbox"/> 一包化 <input type="checkbox"/> 粉碎 <input type="checkbox"/> その他（ ）	〈特記事項〉
薬剤管理	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> ヘルパー <input type="checkbox"/> その他（ ）	
管理方法	<input type="checkbox"/> お薬カレンダー <input type="checkbox"/> 配薬BOX <input type="checkbox"/> 薬袋 <input type="checkbox"/> その他（ ）	
<b>歯科口腔の状態</b>		訪問歯科 <input type="checkbox"/> 希望なし <input type="checkbox"/> 希望あり
口腔衛生状態	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 不良 <input type="checkbox"/> 著しく不良（食物残渣有り）	病変の部位・状態等を記入 
歯の状態	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 虫歯あり <input type="checkbox"/> 残根あり <input type="checkbox"/> 歯垢（歯面1/3・1/2・全面）	
歯肉の状態	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 炎症あり（発赤腫脹） <input type="checkbox"/> 歯石（歯面1/3・1/2・全面）	
義歯の使用	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（部分床：上・下）（全部床：上・下） <input type="checkbox"/> 不使用	
義歯の適合	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 概ね良好 <input type="checkbox"/> 悪い	
粘膜の乾燥	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> やや乾燥 <input type="checkbox"/> 乾燥強い（ <input type="checkbox"/> 保湿必要 <input type="checkbox"/> 保湿不要）	
頬・上あご・粘膜・舌の異常や変化（図に直接記入）		
口腔ケア	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 （ ）回/日（朝・昼・晩・寝る前）	
口腔管理の注意点	ケア時の状況 <input type="checkbox"/> むせる <input type="checkbox"/> 咳き込む	

<b>日常生活の状況</b> 【評価日 H 年 月 日】		<b>特記事項・制限など</b>	
<b>基本動作</b>	寝返り	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	〈運動障害など〉 麻痺 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（程度   部位   ）
	起上がり	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
	座位保持	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
	立上がり	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
	立位保持	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
	移乗	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
<b>移動</b>	歩行	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 手引き <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> シルバーカー	〈独自の方法・転倒危険・住宅改修の必要性など〉
	移動	<input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> ストレッチャー	
<b>認知機能</b>			
<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> あり 周辺症状 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり			
<b>視力低下</b>		〈程度・コミュニケーション方法など〉	
<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> あり（右・左）			
<b>聴力低下</b>			
<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> あり（右・左）			
<b>言葉の問題</b>			
<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> あり（ <input type="checkbox"/> 言語障害 <input type="checkbox"/> 認知症）			
<b>食事</b>	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 粥 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> ソフト食 <input type="checkbox"/> 摂取多い <input type="checkbox"/> 摂取普通 <input type="checkbox"/> 摂取少ない その他（ ）	制限 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ kcal） 塩分（ g） 水分（ ）mlまで   その他（ ） 〈注意点や経管栄養の内容など〉	
	<b>経管栄養</b>		<input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 腸ろう
<b>排泄</b>		〈留置カテーテル・ストマなど〉	
<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ホータブル <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> リハパン （日中・夜間）   （日中・夜間）   （日中・夜間）   （日中・夜間）			
<b>入浴</b>			
<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			
<b>整容・更衣</b>			
<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			
<b>睡眠</b>			
<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 眠剤の内服 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> 常用			
日常生活	障害	自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2	
自立度	認知症	自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M	

備考・その他特記すべき事項

## 訪問診療依頼書

情報提供先 (医)恒貴会 大和クリニック	情報提供元 記入者
利用者(患者)名	情報提供日 年 月 日

訪問診療導入のきっかけ・経緯	療養先や治療の希望(アドバンスケアプランニング)

終末期やがん患者のとき			
本人への病名告知	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	家族への病名告知	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし

現在の病状について	
主治医からの説明	
本人の病状理解 <input type="checkbox"/> 同上 <input type="checkbox"/> その他	家族の病状理解 <input type="checkbox"/> 同上 <input type="checkbox"/> 本人と同様 <input type="checkbox"/> その他

今後の病状(予後予測、症状、合併症など)について	その際の対応について
主治医からの説明	
本人の病状理解 <input type="checkbox"/> 同上 <input type="checkbox"/> その他	家族の病状理解 <input type="checkbox"/> 同上 <input type="checkbox"/> 本人と同様 <input type="checkbox"/> その他

在宅療養への希望や不安	
本人の希望・訪問診療に望むもの	家族の希望・訪問診療に望むもの
本人の不安	家族の不安

使用している医療器具・必要物品	その他・特記事項
<input type="checkbox"/> 褥瘡 (処置方法・必要物品 ) <input type="checkbox"/> 持続皮下注射 <input type="checkbox"/> ポート ( <input type="checkbox"/> カフイーポン <sup>®</sup> <input type="checkbox"/> 点滴棒 ) <input type="checkbox"/> 胃瘻 ( <input type="checkbox"/> ハンパー <input type="checkbox"/> バルン ) 商品名_____, サイズ _____ Fr, ホ <sup>®</sup> タン型 _____ cm) <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> 吸引器 <input type="checkbox"/> 気切カニユレ: 商品名_____, サイズ _____ ) <input type="checkbox"/> バルンカテーテル <input type="checkbox"/> 膀胱瘻: 商品名_____, サイズ _____	

必ず、【様式2】「医療と介護の連携シート」も記載してください。

主治医が記載する場合は、通常の診療情報提供書に添付(上記の情報を付記しても可)してください。