

「入院時連携シート」

本シートは、平成 29 年 2 月に中央区主任介護支援専門員連絡会と大手前病院の連携から作成に至りました。

入院される際に、在宅で家族や支援者が把握しているご本人の状況をこのシートを使って入院先の医療機関に伝えるものです。

介護保険認定や身体障害者手帳の取得の有無、利用していた介護サービス、自宅の住環境などの情報があらかじめ伝えられることで、医療と介護の連携、在宅生活への復帰がよりスムーズになります。

多くの方にこのシートが活用されればと考えています。

■ 質問やご意見はこちらまでお寄せください ■

中央区地域包括支援センター 06(6763)8151

中央区北部地域包括支援センター 06(6944)2116

担当ケアマネージャー

病院

提出先部署

御中

事業所名

電話

FAX

携帯

※患者様の退院の見通しが立てば担当ケアマネージャーへ

ご連絡をよろしくお願いいたします。

担当者名

名刺のりづけ

フリガナ

氏 名 生年月日 □M□T□S 年 月 日

住 所

緊急連絡先①氏名

続柄

電話

携帯

②氏名

続柄

電話

携帯

かかりつけ医①

電話

連絡先②

電話

既往歴等

お薬 □有(□手帳持参 □手帳持参無し) □無

家族構成

同居者は○で囲む

□男性○女性(年齢) ★キーパーソン

住環境 □持ち家 □借家

□一戸建て □集合住宅(階)

トイレ……□和式 □洋式

住宅改修…□有 □無

浴 室……□有 □無

エレベーター…□有 □無

A

介護保険 □未・□申請中(/ 付)・要支援1・2 要介護1・2・3・4・5 (認定期間 ~)

身障手帳等 □有 (□身体□知的□精神□特定疾患)内容・等級 □無

経済状況 □国民年金 □厚生年金 □生活保護 □年金無

介 護 □ヘルパー(/週)□デイ(/週)□デイケア(/週)□訪問看護(/週)

サービス □訪問リハビリ(/週) □福祉用具レンタル □ショートステイ利用

自己負担サービス □有(利用品目) □無

D

移乗

寝返り……□自立 □一部介助 □全介助

起き上がり…□自立 □一部介助 □全介助

座位………□自立 □一部介助 □全介助

立ち上がり…□自立 □一部介助 □全介助

立位………□自立 □一部介助 □全介助

移乗………□自立 □一部介助 □全介助

L

食生活・口腔

食事摂取方法…□自立 □一部介助 □全介助

食事形態…□普通 □軟飯 □粥 □きざみ □ミキサー

経管………□経鼻 □Fr. □PEG

嚥下・口腔ケア…□自立 □一部介助 □全介助

着脱・整容……□自立 □一部介助 □全介助

移動 移動手段……□杖 □歩行器 □車椅子 排泄 尿意(□有 □無) 便意(□有 □無) 失禁(□有 □無) 日中…□自立 □尿器 □P トイレ □オムツ 夜間…□自立 □P トイレ □オムツ 清潔 保清(入浴・清拭)…□自立 □一部介助 □全介助 アレルギー □有() □無	服薬状況…管理・飲み方…□自立 □一部介助 □全介助 認知症…□有 (□軽度 □中度 □重度) □無 短期記憶…□問題なし □問題あり 意思表示…□問題なし □問題あり 金銭管理能力…□自己管理 □家族管理 □その他(後見人を想定) 周辺症状…□被害妄想等 □幻視幻聴 □昼夜逆転□徘徊 □暴言 □暴力 □介護への抵抗 □異食
---	--

裏面特記事項欄 記入 □有 □無

page 2

コミュニケーション障害、認知症などの支援(□有 □無)

(視力・聴力・発語・他者との関わり、入院時の配慮など)

インフォーマル(家族の介護力・支援状況)

在宅での生活状況(在宅で受けていた医療処置等)・課題・その他特記事項

※個人情報保護の観点から、手渡し或いは郵送にて情報提供をお願いします。

※このシート使用における個人情報取扱いについては、ケアマネジャー契約時に本人様もしくは家族様に同意書を得ております。