

私が担当のケアマネージャーです。

事業所名		のりづけ
TEL		
FAX		
携帯電話		
担当者名		

病院	
提出先部署	御中

## 入院時連携シート

入院日 年 月 日

※患者様の退院の見通しがたてば上記事業所への連絡と看護サマリーをお願いします。 提出日 年 月 日

フリガナ氏名	様	生年月日	MTS 年 月 日	住所	市区
緊急連絡先	① (続柄) 住所 Tel	② (続柄) 住所 Tel		家族構成	□男性□女性(年齢) 郵便で結ぶ ☆キーパーソン
介護保険	申請中( / 付) ・ 要支援 ( 1・ 2 ) 要介護 ( 1・ 2・ 3・ 4・ 5 ) 認定有期間( ~ )				
かかりつけ医(連絡先)	① Tel	② Tel			
身障手帳等	無 ・ 有(身体・知的・精神・特疾) 内容・等級( )		住環境	持家 ・ 借家 (一戸建・集合住宅・文化住宅) 住環境上の問題 / 無 ・ 有 トイレ 和式 洋式 段差 あり( 段) なし エレベーター あり なし 駐車場 あり なし	
既往歴					
介護サービス等	フォーマル(福祉サービス含む) <input type="checkbox"/> ヘルパー( /週) <input type="checkbox"/> 訪問看護( /週) <input type="checkbox"/> デイ( /週) <input type="checkbox"/> 訪問リハ( /週) <input type="checkbox"/> ショート <input type="checkbox"/> 福祉用具レンタル		インフォーマル(家族の介護力・支援状況含む)		
普段の移乗・移動	寝返り	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助	食生活・口腔	摂取方法・形態等 自立 ・ 一部介助 ・ 全介助	
	起き上がり	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助		経口(普通食・軟飯・粥・きざみ食・ミキサー食)	
移動	立ち上がり	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助	清潔	経管 経鼻 Fr. PEG	
	座位	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助		嚥下 ・ 口腔ケア 自立 ・ 一部介助 ・ 全介助	
排泄	立位	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助	服薬状況	保清(入浴・清拭) 自立 ・ 一部介助 ・ 全介助	
	移乗	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助		着脱・整容 自立 ・ 一部介助 ・ 全介助	
生活歴	歩行	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助	認知症	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助 一包化 : 有 ・ 無	
	移動手段	杖 ・ 歩行器 ・ 車いす		インスリン : 有(自己管理・他者管理: ) ・ 無	
尿意[有・無] 便意[有・無] 失禁[有・無]			生活歴	無 ・ 有 (軽度・中度・重度)	
<日中> 自立 ・ 尿器 ・ PTイレ ・ おむつ <夜間> 自立 ・ PTイレ ・ おむつ				短期記憶 <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり	
コミュニケーション障害など 支援無 ・ 有 (視力・聴力・発語など状況含む)			意思の伝達能力 <input type="checkbox"/> 伝えられる <input type="checkbox"/> いづらか困難 <input type="checkbox"/> 具体的要求に限られる <input type="checkbox"/> 伝えられない		
在宅での生活課題 ・ その他特記事項			周辺症状 <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> その他		

\* このシートにおける個人情報の取り扱いについては、本人もしくは家族に同意を得ています。

\* 入院中の病院から転院する場合は、転院の病院へこのシートを提出してください。

\* 担当ケアマネージャーへは、転院先の病院から連絡を入れてください。

\* 間違っってFAXが届きましたら、お手数ですが上記連絡先までご連絡いただきますよう、お願いいたします。 2018.6.21ver.