

情報提供先 〇〇医院・クリニック・病院		提供元記入者 〇〇〇〇 (〇〇居宅介護支援事業所)	
利用者名	ふりがな <b>ちくせい たろう</b> <b>筑西 太郎</b>	性別	生年月日
		男・女	M・T S・H 年 月 日
住所	〒 308-0031 <b>筑西市丙360番地</b>		
連絡先 (ア)	緊急連絡先	住 所	続柄
	1 <b>筑西 花子</b>	<b>〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇</b>	<b>妻</b>
	2 <b>筑西 春男</b>	<b>〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇</b>	<b>長男</b>
	3 <b>筑西 次郎</b>		<b>弟</b>
家族構成・家族図 		家族の介護状況・特記事項 例) 主介護者は長男嫁だが、午前中はパート勤務のため不在 例) 妻は日中の見守りはできるが、膝が悪く介護はできない ①キーパーソン(氏名 <b>筑西春男</b> 続柄 <b>長男</b> ) ②主介護者 (氏名 <b>筑西夏子</b> 続柄 <b>長男嫁</b> ) ③代理意思決定者(氏名 <b>筑西花子</b> 続柄 <b>妻</b> )	
		問題点	<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 checked="" 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
生活歴 (これまでの職業、家庭生活、趣味、習慣など) ・元〇〇会社の技術職。 ・穏やかな感じだが頑固。脳卒中後、人と話をうまくできず、自分の思うようにならないと、時々いらいらすることもある。			

医療保険	自己負担割合 <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割	限度額認定 <input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 多数該当				
経済状況 助成など	<input checked="" 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"/> 指定難病( ) <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳( 級) <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳					
医療・介護情報 (ア)	申請状況		申請日	R 3 年 6 月 30 日	認定日	R 3 年 7 月 20 日
	未申請・申請中・申請済み		有効期限	R 3 年 6 月 30 日 ~ R 4 年 6 月 30 日		
	要介護状態区分	要支援 1・2 要介護 1・2・ <b>3</b> ・4・5 その他( )				
	負担割合	<input checked="" type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割	介護保険負担限度額認定(負担段階) <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3-① <input type="checkbox"/> 3-② <input type="checkbox"/> 非該当			
介護サービス利用状況	総合事業	<input type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/> 該当 ( 介護予防・生活支援サービス事業 / 一般介護予防事業 )				
	訪問	<input checked="" type="checkbox"/> 介護( 2 回/週) <input type="checkbox"/> 入浴( 回/週) <input type="checkbox"/> リハビリ( 回/週) <input type="checkbox"/> 看護( 回/週)				
	通所	<input type="checkbox"/> 介護( 回/週) <input type="checkbox"/> リハビリ( 回/週)	短期入所	<input checked="" type="checkbox"/> ( 4 日/月)		
かかりつけ 医科・歯科・薬局	機 関 名	① <b>Aクリニック</b>		② <b>B病院</b>		③ <b>C病院</b>
	主治医	〇〇 〇〇 Dr		〇〇 〇〇 Dr		〇〇 〇〇 Dr
	連絡先	☎ 0296-〇〇-〇〇〇〇		☎ 0296-〇〇-〇〇〇〇		☎ 0296-〇〇-〇〇〇〇
連携事業所担当者連絡先	訪問看護	☎ 〇〇事業所 ☎ 0296-〇〇-〇〇〇〇		薬局	☎ 〇〇居宅介護支援事業所 ☎ 0296-〇〇-〇〇〇〇	
	訪問介護	☎ 〇〇事業所 ☎ 0296-〇〇-〇〇〇〇		訪問リハ	☎ MSW ☎ 〇〇事業所 ☎ 0296-〇〇-〇〇〇〇	
	デイサービス・デイケア	☎ 〇〇事業所 ☎ 0296-〇〇-〇〇〇〇		ショートステイ	☎ 〇〇事業所 ☎ 0296-〇〇-〇〇〇〇	
	民生委員	☎ 〇〇地区 〇〇 〇〇 ☎ 0296-〇〇-〇〇〇〇		インフォーマル	☎ その他 ☎ 〇〇事業所 ☎ 0296-〇〇-〇〇〇〇	

健康状態・既往歴 (イ)	主病名	<b>脳血管疾患(脳卒中)</b>		病状・経過・特記事項など	例) 15年前に心筋梗塞となり、救急搬送され、カテーテル治療をした。その後たびたび心不全で入院しており、徐々にADLが低下している。	投薬内容	<input checked="" type="checkbox"/> 別紙 <input type="checkbox"/> 不明
	副病名・既往	<b>糖尿病</b>		既往: 大腿骨頸部骨折 78歳 心筋梗塞 75歳		人生の最終段階の希望 (療養先・治療など)	例) 本人は家で最期まで暮らしたい。妻は不安に思っている。
	身長	168 cm	アレルギー	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( )		体重	65 kg
	体重	65 kg	特記事項	<input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 感染症( )		入院(予定)日	R 年 月 日
退院(予定)日	R 3 年 7 月 8 日	カンファレンス開催	<input checked="" type="checkbox"/> 必要 (日程 R3.7.3 ) <input type="checkbox"/> 不要		急変時の連絡医療機関	<input checked="" type="checkbox"/> あり (施設名・担当者 <b>B病院</b> ) <input type="checkbox"/> なし ☎ 0296-〇〇-〇〇〇〇	

# 筑西市医療と介護の情報連携シート

<b>特別な医療</b>	<input checked="" 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 腸瘻 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 ( )	

特別な医療・口腔衛生（イ）

訪問薬剤 <input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	<特記事項> <b>声掛け誘導が必要</b>
服薬状況 <input checked="" type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良 <input checked="" type="checkbox"/> 残薬あり	
薬剤管理 <input type="checkbox"/> 本人 <input checked="" type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> ヘルパー <input type="checkbox"/> その他( )	
服薬支援 <input checked="" type="checkbox"/> 一包化 <input type="checkbox"/> 粉碎 <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 ※わかるところを記入してください</b>	病変の部位があれば記入
口腔衛生状態 <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 普通 <input checked="" type="checkbox"/> 不良 <input type="checkbox"/> 著しく不良(食物残渣有り) 歯の状態 <input type="checkbox"/> 良好 <input checked="" type="checkbox"/> 虫歯あり <input type="checkbox"/> 痛みあり <input type="checkbox"/> 歯がぐらぐらする 歯肉の状態 <input type="checkbox"/> 良好 <input checked="" type="checkbox"/> 炎症あり(発赤腫脹) <input type="checkbox"/> 歯肉が痛い 義歯の使用 <input checked="" type="checkbox"/> 使用している <input type="checkbox"/> 食事のときのみ使用 <input type="checkbox"/> 使用していない 義歯の適合 <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 概ね良好 <input type="checkbox"/> 破損している <input type="checkbox"/> 調子が悪く痛みがある 粘膜の乾燥 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> やや乾燥 <input checked="" type="checkbox"/> 乾燥して痛みもある <input checked="" type="checkbox"/> 保湿必要 摂食について <input type="checkbox"/> 嚙めていない <input type="checkbox"/> 飲み込みにくそう <input type="checkbox"/> 上手くしゃべれない 口腔ケア <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <b>ケア時の状況</b> ( 2 )回/日 ( <u>朝</u> ・ <u>昼</u> ・ <u>晩</u> ・寝る前 ) <input checked="" type="checkbox"/> むせる <input type="checkbox"/> 咳き込む その他の問題について 記入欄 唾液の分泌が少なく口腔内自浄作用低下。全体的に歯肉腫脹し、奥歯の一部排膿有。乾燥で炎症が起きやすく、虫歯・歯周病の悪化や口内炎がしやすい。保湿必要。就寝時義歯は外して休ませること。	口蓋全体びらん発赤 大きな虫歯 頬粘膜口内炎 残根 上下顎の義歯内側歯肉が汚れのためタダレ有。義歯内面の清掃必ず。右下残根、歯肉が腫れやすく注意。

ADL・IADL等（ウ）

日常生活の状況 【評価日 R 3 年 7 月 8 日】	特記事項・制限など
<b>基本動作</b> 寝返り <input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 起上がり <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 座位保持 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 立上がり <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 立位保持 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 全介助 歩行 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input checked="" 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 移動 <input checked="" type="checkbox"/> 車いす ( 自走・介助 ) <input type="checkbox"/> ストレッチャー	<運動障害など> 麻痺 <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( 程度 部位 ) <b>両下肢の筋力低下がある</b>
認知機能 <input type="checkbox"/> 問題なし <input checked="" type="checkbox"/> あり 周辺症状 <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	<詳細情報>
視力低下 <input checked="" type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> あり ( 右・左 ) 聴力低下 <input type="checkbox"/> 問題なし <input checked="" type="checkbox"/> あり ( 右・左 ) 言葉の問題 <input type="checkbox"/> 問題なし <input checked="" type="checkbox"/> あり ( <input checked="" type="checkbox"/> 言語障害 <input checked="" type="checkbox"/> 認知症 )	<程度・コミュニケーション方法など> <b>右耳の方が聞こえるが、かなり大きな声でなければ聞こえない</b>
食事 <input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 摂取普通 <input type="checkbox"/> 摂取少ない その他( )	制限 <input checked="" 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>
排泄 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ホータブル <input checked="" 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)	尿意 <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 便意 <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <留置カテーテル・ストマなど>
入浴 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助 整容・更衣 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助 睡眠 眠剤の内服 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 時々 <input checked="" type="checkbox"/> 常用	
日常生活 障害高齢者 自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・ <u>C1</u> ・C2 自立度 認知症高齢者 自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・ <u>IV</u> ・M	
緊急通報システム <input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	救急医療情報キット <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし

備考・その他特記すべき事項