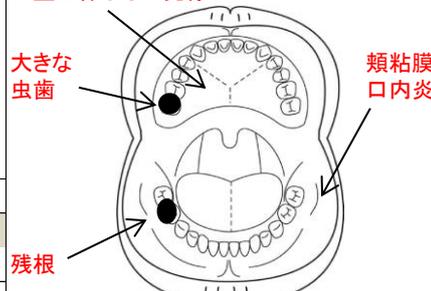


| | | | |
|---|-------------------------------|---|------------------|
| 情報提供先 〇〇医院・クリニック・病院 | | 提供元記入者 〇〇〇〇 (〇〇居宅介護支援事業所) | |
| 利用者名 | ふりがな ちくせい たろう 筑西 太郎 | 性別 | 生年月日 |
| 住所 | 〒 308-0031 筑西市丙360番地 | 男・女 | M・T S・H 年 月 日 |
| 連絡先 (ア) | 緊急連絡先 | 住 所 | 続柄 |
| | 1 筑西 花子 | 〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇 | 妻 |
| | 2 筑西 春男 | 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇 | 長男 |
| | 3 筑西 次郎 | | 弟 |
| 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 筑西春男 続柄 長男) ②主介護者 (氏名 筑西夏子 続柄 長男嫁) ③代理意思決定者(氏名 筑西花子 続柄 妻) | |
| 生活歴 (これまでの職業、家庭生活、趣味、習慣など) | | 問題点 | |
| ・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。 | | <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 | |

| | | | | | | | |
|----------------|--|---|------|---------------------------------|-----|----------------|--|
| 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・3・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) | | | | | |
| | その他 | <input checked="" type="checkbox"/> 福祉用具貸与(車いす・特殊寝台) その他 | | | | | |
| かかりつけ 医科・歯科・薬局 | 機 関 名 | ① Aクリニック | | ② B病院 | | ③ C病院 | |
| 主治医 | 連絡先 | 〇〇〇〇 Dr | | 〇〇〇〇 Dr | | 〇〇〇〇 Dr | |
| 連絡先 | 訪問看護 | 〇〇事業所 | | 〇〇事業所 | | 〇〇居宅介護支援事業所 | |
| 訪問介護 | 訪問リハ | 〇〇事業所 | | 〇〇事業所 | | MSW | |
| サービス・ケア | ショートステイ | 〇〇事業所 | | 〇〇事業所 | | 福祉用具 | |
| 民生委員 | インフォーマル | 〇〇地区 | | 〇〇〇〇 | | その他 | |

| | | | | | |
|--------------|--|-------------------------|--|---|--|
| 健康状態・既往歴 (イ) | 主病名 | 脳血管疾患(脳卒中) | | 病状・経過・特記事項など | 投薬内容 |
| | 副病名・既往 | 糖尿病 | | 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。 | <input checked="" type="checkbox"/> 別紙 <input type="checkbox"/> 不明 |
| | 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 | 特記事項 | <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 感染症() | | |
| 入院(予定)日 | R 年 月 日 | 未定 | 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 | | |
| 退院(予定)日 | R 3 年 7 月 8 日 | 未定 | | | |
| 急変時の連絡医療機関 | <input checked="" type="checkbox"/> あり (施設名・担当者 B病院) <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

| | | | |
|---------------|--|---|--|
| 特別な医療・口腔衛生（イ） | 特別な医療 <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（ ） | | |
| | 訪問薬剤 <input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし | 〈特記事項〉 声掛け誘導が必要 | |
| | 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（ ） | | |
| | 歯科口腔の状態 ※わかるところを記入してください | | 病変の部位があれば記入 口蓋全体びらん発赤  |
| | 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 | | 大きな虫歯 頬粘膜口内炎 残根 |
| | 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 ケア時の状況 <input checked="" type="checkbox"/> むせる <input type="checkbox"/> 咳き込む （ 2 ）回/日（朝・昼・晩・寝る前） | | 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、歯肉が腫れやす注意。 |
| | 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。 | | |
| 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 |
| | 基本動作 | 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 | 〈運動障害など〉 麻痺 <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（程度 部位） 両下肢の筋力低下がある |
| | | 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 | 〈独自の方法・転倒危険・住宅改修の必要性など〉 |
| | 移動 | <input checked="" type="checkbox"/> 車いす（自走・介助） <input type="checkbox"/> ストレッチャー | |
| | 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） | 〈程度・コミュニケーション方法など〉 |
| | 聴力低下 | <input type="checkbox"/> 問題なし <input checked="" type="checkbox"/> あり（右・左） | 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 |
| | 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） | |
| | 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・ C1 ・C2 | | |
| 自立度 | 認知症高齢者 自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・ IV ・M | | |
| 緊急通報システム | <input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし | 緊急医療情報キット <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | |

備考・その他特記すべき事項