

# 医療・介護連携シート

公立阿伎留医療センター入退院

事業所	病院名	公立阿伎留医療センター
担当者	病棟	
連絡先	担当医師	
かかりつけ医	担当看護師	
記入年月日	記入年月日	

患者	氏名			
	住所:	生年月日	年齢	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
病名	<input type="checkbox"/> 脳血管障害(麻痺 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) <input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 心疾患 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 腰痛症 <input type="checkbox"/> 大腿骨頸部骨折 <input type="checkbox"/> その他( )			
現在の問題点や経過など				
ADL	移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> ストレッチャー	移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> ストレッチャー
	排泄	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> P-トイレ <input type="checkbox"/> オムツ	排泄	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> P-トイレ <input type="checkbox"/> オムツ
	食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	更衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	更衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	認知症	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	認知症	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	内服	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない	自己管理	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない
連絡先	氏名	続柄	電話番号	携帯電話
	キーパーソン			
同居人	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 長男 <input type="checkbox"/> 次男 <input type="checkbox"/> 長女 <input type="checkbox"/> 次女 <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 孫 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> その他( )			
本人・家族の希望				
備考欄				