

医療・介護連携情報シート（初回）

患者 ID： 患者氏名： 様 生年月日：
 入院日 病 棟 担当医

院内評価（記載日：西暦 年 月 日）（担当看護師： ）（退院支援看護師： ）

情報提供先	事業所： 介護支援専門員名：
介護認定の状況	<input type="checkbox"/> 要支援（ <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2） <input type="checkbox"/> 要介護（ <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> 5） <input type="checkbox"/> 申請中（区分変更） 申請日：西暦 年 月 日
病 名	
治療方針	
情報内容	
情報交換日	
入院予定期間	
退院までに調整が予測される内容	<input type="checkbox"/> 訪問診療 <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問リハ <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 通所リハ <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与 <input type="checkbox"/> 住宅改修 <input type="checkbox"/> 移送・介護タクシー <input type="checkbox"/> 配食サービス <input type="checkbox"/> 福祉用具購入 <input type="checkbox"/> その他（ ）

事業者評価（記載日：西暦 年 月 日） 本人氏名（ ） 事業者名（ ）
 （担当ケアマネ： ） 連絡先（ ）

心身の状況	要介護度	<input type="checkbox"/> 申請中・ <input type="checkbox"/> 要支援（ <input type="checkbox"/> 1・ <input type="checkbox"/> 2） <input type="checkbox"/> 要介護（ <input type="checkbox"/> 1・ <input type="checkbox"/> 2・ <input type="checkbox"/> 3・ <input type="checkbox"/> 4・ <input type="checkbox"/> 5）							障害者等の認定	無	身障（ ）級、療育（ ）度 難病（病名： ）、精神（ ）級								
	障害高齢者日常生活自立度	自立	J1	J2	A1	A2	B1	B2	C1	C2	認知症高齢者日常生活自立度	自立	I	IIa	IIb	IIIa	IIIb	IV	M
	移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす							意思伝達	<input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 時々可能 <input type="checkbox"/> 不可能									
	排泄	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> Pトイレ <input type="checkbox"/> おむつ							視 力	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常（ ）									
	食 事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助							聴 力	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常（ ）									
	更 衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助							服薬管理	<input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 不可能（ ）									
問題点や経緯																			
生活環境	家族構成	<input type="checkbox"/> 単身 <input type="checkbox"/> 同居家族（ ）名																	
	主な介護者	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居：氏名（ ） 続柄（ ） 年齢（ ）																	
	連絡先	氏 名	続柄			電 話 番 号				携 帯 番 号									
		キョーパースン																	
<input type="checkbox"/> 外来受診（月 回程度） 医療機関名： 主治医																			
<input type="checkbox"/> 訪問診療（月 回程度） 医療機関名： 主治医																			
<input type="checkbox"/> 訪問介護（月 回程度）																			
<input type="checkbox"/> 訪問看護（月 回程度） <input type="checkbox"/> 訪問入浴（月 回程度） <input type="checkbox"/> 訪問リハ（月 回程度）																			
<input type="checkbox"/> 通所介護（月 回程度） <input type="checkbox"/> 通所リハ（月 回程度） <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与（ ）																			
<input type="checkbox"/> その他（ ）																			
患者・家族の希望：																			
備考																			

この様式は、あきる野市の医療・介護地域連携のためのシートです。

【あきる野市医療・介護地域連携支援センター・公立阿伎留医療センター 作成 2019年6月】