

天王寺区医療介護連携シート

※平生の状況を記載。直近の負傷等は
11.備考・特記事項に記載。

記入・更新日	
記入・更新機関	

1.利用者(患者)基本情報について

氏名	(フリガナ)				
	(漢字等)				
生年月日		年齢	0 歳	性別	
退所時の要介護度	<input type="checkbox"/> 要介護 <input type="checkbox"/> 要支援 <input type="checkbox"/> 未申請				
	有効期間	令和 年 月 日	～	令和 年 月 日	
	<input type="checkbox"/> 申請中 (申請日) 令和 年 月 日				
	<input type="checkbox"/> 区分変更 (申請日) 令和 年 月 日				
	担当ケアマネージャー		事業所名		
連絡先電話番号		()	-		
障害高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2				
認知症高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M				
介護保険の自己負担割合	<input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割 <input type="checkbox"/> 不明				
障がい者手帳の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> 身体 <input type="checkbox"/> 精神 <input type="checkbox"/> 知的)				

2.家族連絡先について

主介護者氏名	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	様(続柄)	()	
		電話番号	()	-
意思決定支援者(代諾者)	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	様(続柄)	()	<input type="checkbox"/> 主介護者と同じ
		電話番号	()	-

3.意思疎通について

視力	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難あり <input type="checkbox"/> 困難	眼鏡	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
聴力	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難あり <input type="checkbox"/> 困難	補聴器	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
意思疎通	<input type="checkbox"/> 会話に支障がない <input type="checkbox"/> 複雑な会話はできないが、普通に会話はできる		
	<input type="checkbox"/> 普通に会話はできないが、具体的な欲求を伝えることはできる <input type="checkbox"/> 会話が成り立たないが、発語はある <input type="checkbox"/> 発語がなく、無言である		

4.口腔・栄養について

摂食方法	<input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経腸栄養 <input type="checkbox"/> 静脈栄養 <input type="checkbox"/> その他 ()
食物アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()
摂食嚥下機能障害	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
水分(とろみ)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> 薄い <input type="checkbox"/> 中間 <input type="checkbox"/> 濃い)
食形態	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 軟菜 <input type="checkbox"/> ペースト・ミキサー食 <input type="checkbox"/> その他 ()
義歯使用	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> 部分 <input type="checkbox"/> 総義歯)
特記事項	

5.身体・生活機能の状況/療養生活上の課題について

麻痺の状況	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 右上肢 <input type="checkbox"/> 左上肢 <input type="checkbox"/> 右下肢 <input type="checkbox"/> 左下肢
移動・移乗	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
移動(屋外)	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> その他 ()
移動(屋内)	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> その他 ()
階段昇降	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 手すりがあれば可 <input type="checkbox"/> 介助があれば可 <input type="checkbox"/> 不可
家屋情報	<input type="checkbox"/> 1階 <input type="checkbox"/> 2階以上 (EVあり) <input type="checkbox"/> 2階以上 (EVなし)
寝室情報	<input type="checkbox"/> 家屋入口と同階 <input type="checkbox"/> 家屋入口と別階 (てすりあり) <input type="checkbox"/> 家屋入口と別階 (てすりなし)
食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
認知機能の状況	見守りの必要性: 日常生活で安全に過ごすためにどの程度ほかの人による見守りが必要か
	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 短時間必要 <input type="checkbox"/> 長時間必要 <input type="checkbox"/> 常に必要
	見当識: 現在の日付や場所等についてどの程度認識できるか
	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 一部はわかる <input type="checkbox"/> 場所はわからないが自分のことはわかる <input type="checkbox"/> 全くわからない
	近時記憶: 身近なものを置いた場所を覚えているか
	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> たまに忘れる <input type="checkbox"/> ほとんど思い出せない <input type="checkbox"/> 忘れたこと自体を認識していない
遂行能力: テレビや電動ベッド等の電化製品を操作できるか	
<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> たまに間違う <input type="checkbox"/> 使い方が全くわからない <input type="checkbox"/> リモコンが何をするものかわからない	

褥瘡等の有無	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	(部位・深度・大きさ)	()
褥瘡等への対応	<input type="checkbox"/> エアーマット	<input type="checkbox"/> クッション	<input type="checkbox"/> 体位変換	()
その他皮膚トラブル	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	()	()

6.かかりつけ医について

かかりつけ医療機関(病院)		電話番号	()	—
科名	①	②	③	
かかりつけ医療機関(診療所)		電話番号	()	—
	訪問診療	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	
訪問看護利用	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり		
		電話番号	()	—
その他の医療機関		電話番号	()	—
医療処置	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	(内容)	()

7.お薬について

かかりつけ薬局	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり		
		電話番号	()	—
居宅療養管理指導	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	内服	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
薬剤管理	<input type="checkbox"/> 自己管理	<input type="checkbox"/> 自己管理以外	(管理方法:	()
服薬介助	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	(介助内容:	() <input type="checkbox"/> 全介助
薬剤アレルギー	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	()	<input type="checkbox"/> 不明
特記事項				

8.人生の最終段階における医療・ケアに関する情報

意向の話し合い	<input type="checkbox"/> 本人・家族との話し合いを実施している	最終実施日	令和	年	月	日
	<input type="checkbox"/> 話し合いを実施していない (<input type="checkbox"/> 本人からの話し合いの希望がない	<input type="checkbox"/> それ以外)				

※本人・家族等との話し合いを実施している場合のみ記載

本人・家族の意向	<input type="checkbox"/> 下記をご参照下さい	
	<input type="checkbox"/> 別紙参照	入所時に記載した書類等
話し合いへの参加者	<input type="checkbox"/> 本人	<input type="checkbox"/> 家族 (氏名 / 続柄)
	<input type="checkbox"/> 医療・ケアチーム	<input type="checkbox"/> その他 その他()

医療・ケアに関して本人または本人・家族等と医療・ケアチームで話し合った内容

その他	上記の他、人生の最終段階における医療・ケアに関する情報で医療機関と共有したい内容

9.生活における介護/医療の状況、本人の関心事

介護/医療の状況・本人の関心事	介護・医療サービスの利用状況、生活歴や趣味・嗜好等
	特記事項:

10.カンファレンス等について(ケアマネージャー、支援相談員からの希望)

「退院前カンファレンス」などへの参加	<input type="checkbox"/> 希望なし	<input type="checkbox"/> 希望あり	(参加希望者)
	具体的な希望:		

11.備考・特記事項

--	--

(注意事項)

- 1 本連携シートは天王寺区内での使用を強制するものではありません。使用はあくまで任意であることから、他の機関に使用を強制することは慎んでください。
- 2 本連携シートの使用により報酬は発生しません。
- 3 本連携シートの使用にあたっては、関係各法に基づき個人情報の取扱いにご注意ください。
- 4 備考・特記事項欄には家族への連絡時に注意する点などもご記入ください。