

## 介護・医療 入退院時連携シート

### 【基礎情報】

ふりがな		性別	生年月日
氏名	男・女	明・大・昭	年 月 日 ( 才 )
住所			電話
主介護者	本人との関係		家族構成
	連絡先		
キーパーソン	本人との関係		
	連絡先		
家族構成に関する特記事項			
生保受給	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	障害者手帳	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (身体 精神 療育: 級)
		特定疾患医療受給者証	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )

### 【介護・福祉サービス等利用状況】

介護認定	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 要支援 ( ) <input type="checkbox"/> 要介護 ( ) <input type="checkbox"/> 区変中	有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日
サービス利用	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 調整中 <input type="checkbox"/> 介護保険サービス <input type="checkbox"/> その他サービス ※週間計画表添付 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )		
ケアマネジャー	氏名		電話
	事業所名		

### 【在宅生活に関する情報】

在宅生活の問題点・特記事項	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 日中独居 <input type="checkbox"/> 高齢世帯 <input type="checkbox"/> 家族関係 <input type="checkbox"/> 生活環境 <input type="checkbox"/> 経済面 <input type="checkbox"/> 介護力 <input type="checkbox"/> 本人の理解力 <input type="checkbox"/> 介護者の理解力 <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 精神疾患 <input type="checkbox"/> その他の疾患 <input type="checkbox"/> その他 ----- ----- ----- -----
退院時に調整が必要な事項	----- ----- -----
個人情報使用同意	<input type="checkbox"/> 指定居宅介護支援(予防支援)契約時に、個人情報使用同意あり <input type="checkbox"/> 本シートの作成と活用にあたり、本人または家族に個人情報使用同意あり

【入退院時情報】

項目	在宅の状況（入院時情報）		現在の状況（退院時情報）	
疾病の状況	かかりつけ医療機関名： 主治医名： 既往歴：		入院期間： 年 月 日～ 年 月 日 主治医名：	
薬の管理	薬なし・自立・見守り・要介助 ( )		薬なし・自立・見守り・要介助 ( )	
視力	問題無・有 ( )		問題無・有 ( )	
聴力	問題無・有 ( )		問題無・有 ( )	
歩行	自立・見守り・要介助 ( )		自立・見守り・要介助 ( )	
移動	自立・見守り・要介助 ( )		自立・見守り・要介助 ( )	
移乗	自立・見守り・要介助 ( )		自立・見守り・要介助 ( )	
食事	自立・見守り・要介助 ( )		自立・見守り・要介助 ( )	
口腔ケア	自立・見守り・要介助 ( )		自立・見守り・要介助 ( )	
排泄	自立・見守り・要介助 ( )		自立・見守り・要介助 ( )	
入浴	自立・見守り・要介助 ( )		自立・見守り・要介助 ( )	
整容	自立・見守り・要介助 ( )		自立・見守り・要介助 ( )	
更衣	自立・見守り・要介助 ( )		自立・見守り・要介助 ( )	
睡眠	問題無・有 ( )		問題無・有 ( )	
認知症状	問題無・有 ( )		問題無・有 ( )	
その他特記事項				
情報提供日	年 月 日		年 月 日	
情報受け取り	医療機関名		医療機関名	
	所属・担当		所属・担当	