

在宅療養を支援するための 医療・介護連携シート説明書

平成29年3月

古河市在宅医療・介護連携推進協議会

はじめに

高齢者をはじめ多くの方が、疾病を抱えても自宅等の住み慣れた生活の場で療養し、自分らしい生活を続けられるためには、地域における医療と介護の関係機関が連携し、包括的かつ継続的な在宅医療および介護の提供を行うことが必要となってきます。

このため、多職種協働により医療と介護を一体的に提供できる体制を構築するために、古河市では平成27年度に「古河市在宅医療・介護連携推進協議会」を立ち上げ、様々な取り組みを行ってきました。そのなかで、情報の共有化の一環として、「医療・介護連携シート」を作成いたしました。

医療・介護の情報のスムーズな共有を促進し、関係機関に所属する多職種の方々に活用いただき、地域連携がより一層推進することを期待いたします。

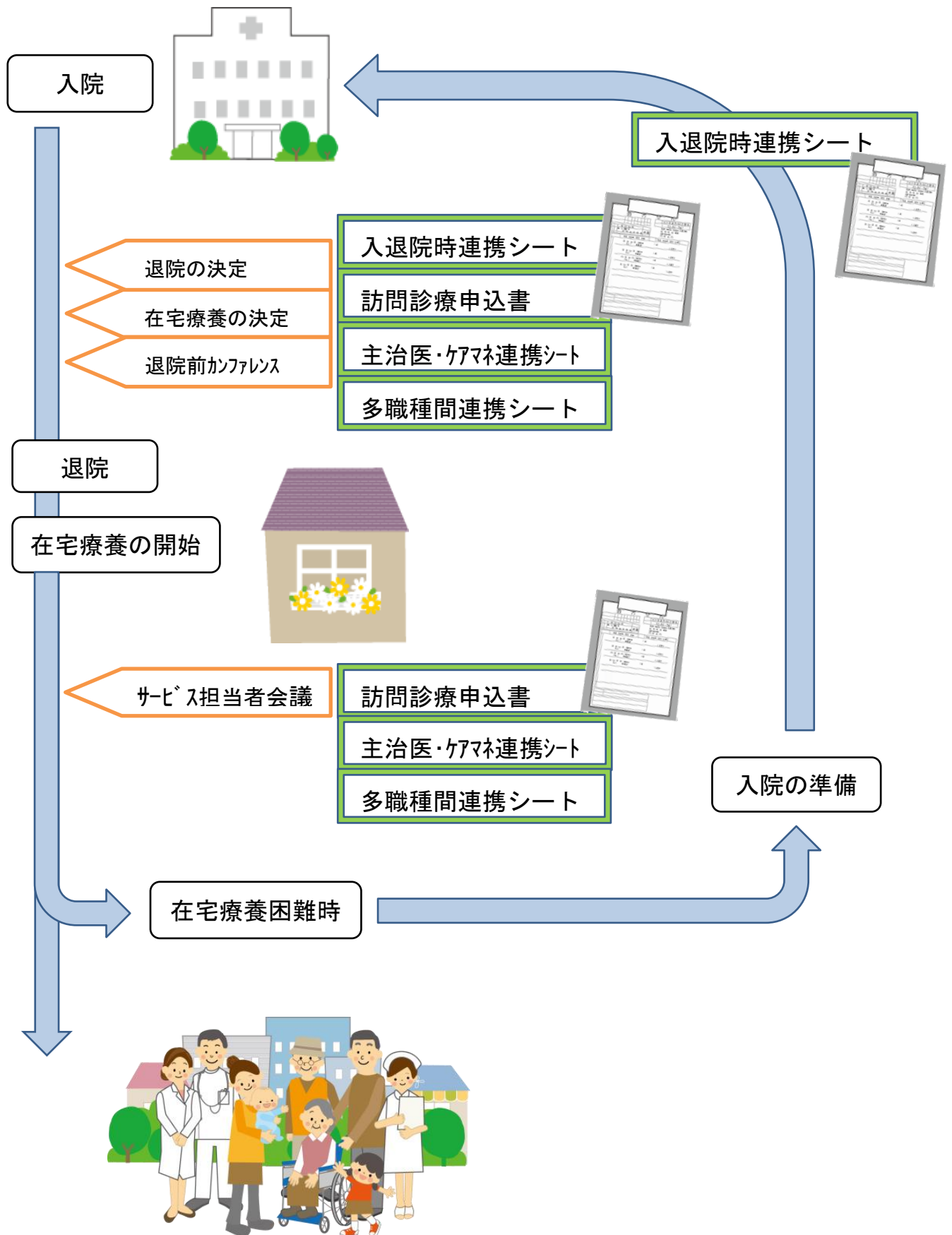
なお、医療・介護連携シートにおける検証を一定の期間経過後に行う予定です。ご活用之际し、不便な点や改良点などございましたらご意見等いただけたら幸いです。

古河市在宅医療・介護連携推進協議会

《目次》

在宅療養の流れ・連携シート活用のイメージ	…P	1
医療・介護連携シートの活用上の留意点	…P	2
1. 訪問診療申込書	…P	4
2. 主治医・ケアマネ連携シート	…P	7
3. 多職種間連携シート	…P	9
4. 介護・医療入退院時連携シート	…P	11

在宅療養の流れ・連携シート活用のイメージ

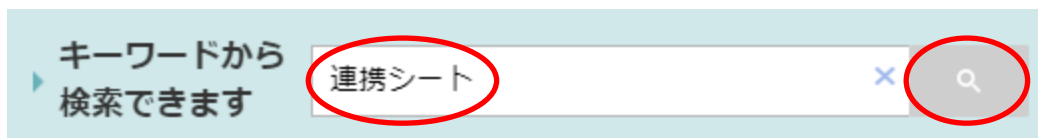


医療・介護連携シートの活用上の留意点

使用する際の注意事項

- ①必ずこの様式を使用しなくてはならないものではありません。自由にお使いください。
- ②作成・情報提供に際し手数料等はかからないものとします。
- ③個人情報が含まれる場合が多いため、送付時など十分に注意してください。
- ④連携シートの送付前に、相手方に連絡を入れてください。

☆医療・介護の連携シートは古河市ホームページからダウンロードできます。



1 訪問診療申込書 (P4～6)

(1) 目的

訪問診療を行っている医療機関であっても、決まった様式や開始までの流れがわかりづらいといった現状があるため、主治医、医療ソーシャルワーカー、ケアマネジャー（等）間での意思の統一を図るために作成。

(2) シートの説明（活用方法）

通院が困難となり、新たに訪問診療を開始する際に訪問診療医宛に使用する。活用方法については、別紙「訪問診療申込の流れ」、「記入例」を参照。

※主治医が記載する場合は、通常の診療情報提供書に添付（訪問診療申込書の情報を付記しても可）してください。

(3) 利用想定対象者

主治医、医療ソーシャルワーカー、ケアマネジャー 等

2 主治医・ケアマネ連携シート (P7～8)

(1) 目的

ケアマネジャーにとって主治医との連携は重要でありながらも、どのように連携をとったらよいかわからない、といった現状がある。主治医、ケアマネジャー間での意思の統一や情報の共有を図るために作成。

(2) シートの説明（活用方法）

利用者やサービス利用に関することなどの照会や報告、サービス担当者会議の連絡等、主治医との連携時に使用する。

記載された内容については、主治医からも回答をお願いします。

- (3) 利用想定対象者
主治医、ケアマネジャー

3 多職種間連携シート (P9～10)

(1) 目的

多職種の人がなかなか集まりにくいという現状がある。多職種間での意思統一や情報の共有を図るために作成。

(2) シートの説明 (活用方法)

利用者やサービス利用に関することなどの照会や報告、サービス担当者会議の連絡等、多職種との連携時に使用する。

(3) 利用想定対象者

多職種 (医師、歯科医師、薬剤師、看護師、リハビリ職、医療ソーシャルワーカー、ケアマネジャー、ヘルパー、相談員 等)

4 介護・医療入退院時連携シート (P11～14)

※平成23年度 介護・医療連携連絡会作成

(1) 目的

本人や家族からだけでは、日常生活等の情報が不足しがちになってしまうという現状がある。入退院時の医療と介護の双方で情報の共有を図るために作成。

(2) シートの説明 (活用方法)

より安定した入院生活を送っていただくことや、退院後の在宅生活へ向けて適切な準備と支援ができることを目的とし使用する。

※退院時情報は、退院前にケアマネジャーが原則医療機関に訪問し、カンファレンス等を通じて在宅生活上の注意事項等を聞き取りし作成します。

(3) 利用想定対象者

主治医、看護師、医療ソーシャルワーカー、ケアマネジャー 等



訪問診療申込の流れ

1. かかりつけ医が訪問診療への対応が可能であるか、相談をする。

相談の方法は、平成28年度に配布した、「在宅医療・介護連携のための情報共有リストブック」等を参考に、あらかじめ医療機関に確認を取る。

2. 訪問診療への対応が困難な場合は、上記リストブック等を参考に訪問診療実施医療機関を選定し、本人や介護者の同意の上問い合わせる。

3. 訪問診療実施医療機関への情報提供は、担当医との面接・電話・ファックス・メール等の方法により行う。

別紙「訪問診療申込書」「主治医・ケアマネ連携シート」「多職種間連携シート」「介護・医療入退院時連携シート」等のシートを活用する際は、個人が特定される情報は伏せてファックスし電話で伝える、メールにパスワードを設ける等、個人情報の保護には十分注意する。

4. 入院中の場合は、退院に向けたカンファレンス等を通し、訪問診療実施医療機関との連携が円滑に図れるようにする。



古河市在宅医療・介護連携推進協議会

訪問診療申込書

記載日 年 月 日

情報提供先

申込者（事業所・氏名）

※ソーシャルワーカー・ケアマネジャー・その他（ ）

連絡先 TEL :

1. 基本情報

ふりがな 氏名 (男・女)	生年月日 年 月 日 (歳)						
住所 古河市	訪問時駐車スペース <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし						
電話	[場所 ⇒]						
家族構成 <input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢世帯 <input type="checkbox"/> その他の世帯 主介護者： 年齢 歳 続柄	現在の療養状況 <input type="checkbox"/> 在宅療養中 <input type="checkbox"/> 入院中（医療機関名） ※退院予定日（ 月 日予定） <input type="checkbox"/> 施設入所中（施設名） <input type="checkbox"/> その他（ ）						
要介護度	①デイサービス、デイケア ②ショートステイ ③ヘルパー ④訪問看護 ⑤訪問リハビリ ⑥訪問入浴介護 ⑦その他 ()						
現在利用中のサービスについて、サービス番号を表にご記入ください。							
	月	火	水	木	金	土	日
AM							
PM							
夜間							

2. 診断名・現在の状況

《1》診断名
《2》本人状況（現状、経過、治療内容、予後、告知の有無 等）
《3》医療処置 ※チェックしてください。 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 経腸栄養療法 (①経鼻 ②胃ろう ③腸ろう ④その他) <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 尿道カテーテル管理 <input type="checkbox"/> ストマ管理 <input type="checkbox"/> その他 ()

3. 訪問診療導入のきっかけ・望むこと

《1》お困りの内容
《2》本人・家族の訪問診療に望むこと ※チェックしてください。（複数回答可） <input type="checkbox"/> 定期的な診療 <input type="checkbox"/> 急変時の対応 <input type="checkbox"/> 在宅での看取り <input type="checkbox"/> その他 ()

※主治医が記載する場合は、通常の診療情報提供書に添付（上記の情報を付記しても可）してください。

訪問診療申込書【記入例】

記載日： ○ 年 □ 月 △ 日

情報提供先

○○医院
○○様

申込者（事業所・氏名）

△△病院 □□ □□

※ソーシャルワーカー・ケアマネジャー・その他（ ）

ご連絡先 TEL： ○○-○○○○

1. 基本情報

ふりがな ○○○ ○○ 氏名 ○○○ ○○ (男・女)	生年月日 S ◇ 年 ◇ 月 ◇ 日 (○歳)																																
住所 古河市 ○○○123-45	訪問時駐車スペース <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし																																
電話 □□-□□□□	[場所 ⇒ 自宅の庭]																																
家族構成 <input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢世帯 <input type="checkbox"/> その他の世帯 主介護者： △△△ <input checked="" type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 年齢 △ 歳 続柄 妻	現在の療養状況 <input type="checkbox"/> 在宅療養中 <input type="checkbox"/> 入院中（医療機関名 △△病院） ※退院予定日（ □ 月 □ 日 予定） <input type="checkbox"/> 施設入所中（施設名称） <input type="checkbox"/> その他（ ）																																
要介護度 要介護1	①デイサービス、デイケア ②ショートステイ ③ヘルパー ④訪問看護 ⑤訪問リハビリ ⑥訪問入浴介護 ⑦その他																																
現在利用中のサービスについて、サービス番号を表にご記入ください。																																	
<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>月</th> <th>火</th> <th>水</th> <th>木</th> <th>金</th> <th>土</th> <th>日</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>AM</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>PM</td> <td></td> <td>①</td> <td></td> <td>①</td> <td></td> <td>①</td> <td></td> </tr> <tr> <td>夜間</td> <td colspan="6">※入院前はデイサービスへ週3日通っていた。</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		月	火	水	木	金	土	日	AM								PM		①		①		①		夜間	※入院前はデイサービスへ週3日通っていた。							
	月	火	水	木	金	土	日																										
AM																																	
PM		①		①		①																											
夜間	※入院前はデイサービスへ週3日通っていた。																																

2. 診断名・現在の状況

《1》診断名 ・脳梗塞（H○年○月）
《2》本人状況（現状、経過、治療内容、予後、告知の有無 等） ・OPE（○月◇日）受療後、血圧等状態が安定し□月□日に退院予定。今後は定期的な診察と服薬治療の予定。
《3》医療処置 ※チェックしてください。 <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 経腸栄養療法（①経鼻 ②胃ろう ③腸ろう ④その他） <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 尿道カテーテル管理 <input type="checkbox"/> ストマ管理 <input type="checkbox"/> その他（ ）

3. 困っていること・訪問診療に望むこと

《1》お困りの内容 ・妻は在宅であるが、足腰が悪く通院等付き添いは難しい状況である。
《2》本人・家族の訪問診療に望むこと ※チェックしてください。（複数回答可） <input checked="" type="checkbox"/> 定期的な診察 <input type="checkbox"/> 急変時の対応 <input type="checkbox"/> 在宅での看取り <input type="checkbox"/> その他（ ）

※主治医が記載する場合は、通常の診療情報提供書に添付（上記の情報を付記しても可）してください。

主治医・ケアマネ連携シート

記載日 年 月 日

医療機関	
<input type="checkbox"/> 主治医	先生
<input type="checkbox"/> ソーシャルワーカー	様
<input type="checkbox"/>	様



依頼者（事業所等、氏名）
※ケアマネジャー・その他（ ）
連絡先 TEL :
FAX :

1. 基本情報

ふりがな	性別（男・女）
利用者氏名	
住所 古河市	
生年月日 年 月 日 歳	電話
要介護認定 申請中	要支援 1 2 要介護 1 2 3 4 5

2. 照会・質問者記入欄【介護⇒主治医（医療）】

照会内容	<input type="checkbox"/> サービス担当者会議のお知らせ 年 月 日（ ）時～ （ <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他（ ） 担当者会議の目的 （ <input type="checkbox"/> 初回 <input type="checkbox"/> 更新 <input type="checkbox"/> サービス変更 <input type="checkbox"/> その他（ ）	詳細内容・自由記載等
	<input type="checkbox"/> 医療系サービスの導入・利用について <input type="checkbox"/> サービス変更に伴う報告 <input type="checkbox"/> 利用者に関する報告等 <input type="checkbox"/> その他	

※恐れ入りますが、年 月 日（ ）までにご回答をお願いいたします

3. 主治医回答欄【主治医（医療）⇒介護】

記載日 年 月 日

回答者		
照会についての回答方法	サービス担当者会議に <input type="checkbox"/> 出席します <input type="checkbox"/> 出席できません	回答内容
	<input type="checkbox"/> 直接会ってお伝えします （ 月 日 時頃に来院ください ） <input type="checkbox"/> 電話でお伝えします （ 月 日 時頃に電話を <input type="checkbox"/> します <input type="checkbox"/> ください ） <input type="checkbox"/> 文書で回答します <input type="checkbox"/> その他 （ ）	
利用者に右記のような変化が起きたときは報告ください。		

主治医・ケアマネ連携シート【記入例】

古河市

記載日 ○○年 4月 1日

医療機関

○○医院

主治医 ○○ ◇◇ 先生
様

ソーシャルワーカー
様

様



依頼者（事業所等、氏名）

居宅介護事業所△△ □□ □□

※ケアマネジャー・その他（ ）

連絡先 TEL : 0280-○○-○△□□
FAX : 0280-○○-○△□×

1. 基本情報

ふりがな ○○ ○○○	性別 (男 <input checked="" type="radio"/> · 女 <input type="radio"/>)
利用者氏名 ○○ ○○○	
住所 古河市 □□□○○○-△△	
生年月日 S △ 年 □月 ◇日 (○歳)	電話 0280-○○-◇◇◇◇
要介護認定 申請中	要支援 1 2 要介護 1 <input checked="" type="radio"/> 2 3 4 5

2. 照会・質問者記入欄【介護⇒主治医（医療）】

照会内容	<input checked="" type="checkbox"/> サービス担当者会議のお知らせ 平成 ○○ 年 4 月 11 日 (月) 13時～ (<input checked="" type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他「 」) 担当者会議の目的 (<input checked="" type="checkbox"/> 初回 <input type="checkbox"/> 更新 <input type="checkbox"/> サービス変更 <input type="checkbox"/> その他) <input type="checkbox"/> 医療系サービスの導入・利用について <input type="checkbox"/> サービス変更に伴う報告 <input type="checkbox"/> 利用者に関する報告等 <input type="checkbox"/> その他	詳細内容・自由記載等 先ほどご連絡させていただきましたが、担当者会議にご出席いただけますよう、よろしくお願いたします。
------	---	---

※恐れ入りますが、平成 ○○ 年 4 月 8 日 (金) までにご回答をお願いいたします

3. 主治医回答欄【主治医（医療）⇒介護】

記載日： ○○年 4月 5日

回答者	○○医院 ○○ ◇◇	
照会についての回答方法	サービス担当者会議に <input checked="" type="checkbox"/> 出席します <input type="checkbox"/> 出席できません <input type="checkbox"/> 直接会ってお伝えします (月 日 時頃に来院ください) <input type="checkbox"/> 電話でお伝えします (月 日 時頃に電話を <input type="checkbox"/> します <input type="checkbox"/> ください) <input type="checkbox"/> 文書で回答します <input type="checkbox"/> その他 ()	回答内容 14:00から診療のため、13:40頃に退席します。
	利用者に右記のような変化が起きたときは報告ください。	

多職種間連携シート

記載日 年 月 日

情報提供先 (医療機関・事業所等、氏名)

様



依頼者 (医療機関・事業所等、氏名)

※医師・歯科医師・薬剤師・リハビリ職・看護師・
ケアマネジャー・ソーシャルワーカー・相談員・その他 ()

連絡先 TEL :
FAX :

1. 基本情報

ふりがな	性別 (男・女)																																
利用者氏名																																	
住所 古河市																																	
生年月日 年 月 日 (歳)	電話																																
要介護認定 未申請 申請中 非該当 要支援 1 2 要介護 1 2 3 4 5																																	
現在の療養状況 1. 在宅療養中 2. 入院中 (医療機関名) 3. 施設入所中 (施設名称) ※退院予定日 (月 日 予定) 4. その他 ()																																	
現在利用中のサービスについて、サービス番号を表にご記入ください。																																	
<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>月</th> <th>火</th> <th>水</th> <th>木</th> <th>金</th> <th>土</th> <th>日</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>AM</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>PM</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>夜間</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		月	火	水	木	金	土	日	AM								PM								夜間								①デイサービス、デイケア ②ショートステイ ③ヘルパー ④訪問看護 ⑤訪問リハビリ ⑥訪問入浴介護 ⑦訪問診療 (医科・歯科) ⑧その他 ()
	月	火	水	木	金	土	日																										
AM																																	
PM																																	
夜間																																	

2. 連絡事項等

《 1 》 担当者会議について

《 2 》 サービスの利用について相談

《 3 》 サービス変更に伴う報告について

《 4 》 利用者に関する報告について

《 5 》 その他について

返信希望の有無 返信願います 返信不要です



返信者	記載日 : 年 月 日
9	

多職種間連携シート【記入例】

古河市

記載日 ○○年 4月 1日

情報提供先 (医療機関・事業所等、氏名)
 ○○病院 リハビリテーション部
 △△様



依頼者 (医療機関・事業所等、氏名)
 居宅介護事業所△△ □□□□

※医師・歯科医師・薬剤師・リハビリ職・看護師・
 ケアマネジャー・ソーシャルワーカー・相談員・その他 ()

連絡先 TEL : 0280-○○-○△□□
 FAX : 0280-○○-○△□×

1. 基本情報

ふりがな ○○ ○○○

利用者氏名 ○○ ○○○ 性別 (男・女)

住所 古河市 □□□○○○-△△

生年月日 S○ 年□ 月○△ 日 □○歳 電話 0280-○○-□□□□

要介護認定 未申請 申請中 非該当 要支援 1 2 要介護 1 2 3 4 5

現在の療養状況 1. 在宅療養中 2. 入院中 (医療機関名) ※退院予定日 (月 日 予定)

3. 施設入所中 (施設名称)

4. その他 ()

現在利用中のサービスについて、サービス番号を表にご記入ください。

	月	火	水	木	金	土	日
AM		①		①		①	
PM		①		①		①	
夜間							

① デイサービス、デイケア
 ② ショートステイ
 ③ ヘルパー
 ④ 訪問看護
 ⑤ 訪問リハビリ
 ⑥ 訪問入浴介護
 ⑦ 訪問診療 (医科・歯科)
 ⑧ その他
 (福祉用具 (杖) レンタル)

2. 連絡事項等

《1》 担当者会議について

《2》 サービスの利用について相談

《3》 サービス変更に伴う報告について

《4》 利用者に関する報告について

《5》 その他について

今月から福祉用具レンタル (杖) の利用を開始いたしました。デイケア時に持っていくとのことで、杖の高さや注意点等ご本人様にご教示いただけますでしょうか。

返信希望の有無 返信願います 返信不要です

返信者 ○○病院 リハビリテーション部 △△ 記載日 : ○○年 4月 3日

次回利用時に確認いたします。

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	

【基礎情報】

ふりがな	こが はなこ	性別	生年月日		
氏名	古河 花子	男 <input type="radio"/> 女 <input checked="" type="radio"/>	明・大・昭	8年	1月 1日 (80才)
住所	古河市下大野 2 2 4 8		電話	92-3111	
主介護者	なし	本人との関係	家族構成		
	連絡先				
キーパーソン	古河 桃子	本人との関係	○ □		
	連絡先	A市〇〇〇 090-△△△-			
家族構成に関する特記事項	A市に住む長女が月に1回程度訪問し、買い物や掃除などの支援を行っている。				
生保受給	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	障害者手帳	<input checked="" 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 要支援(2) <input type="checkbox"/> 要介護() <input type="checkbox"/> 区変中		有効期間	令和4年10月 1日 ~ 5年 9月30日	
サービス利用	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 調整中 <input checked="" type="checkbox"/> 介護保険サービス <input checked="" type="checkbox"/> その他サービス ※週間計画表添付 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (Bデイサービス 週2回利用 、 〇〇宅配弁当(夕食) 週3回)				
ケアマネジャー	氏名	〇〇 〇〇〇	電話	92-5920	
	事業所名	古河市地域包括支援センター			

【在宅生活に関する情報】

在宅生活の問題点・特記事項	<input checked="" 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 checked="" 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
	独居であるが、家事一般なんとか自分で行っている。昔ながらの家屋で家の中に段差が多く、 何度か転倒しており、危険な状態であった。
	長女は月に1回程度訪問しているが、仕事をしているため、頻繁な訪問は難しい。
退院時に調整が必要な事項	歩行や移動動作の状態を確認し、住宅改修や福祉用具の使用、家事動作の支援の必要性を 検討したい。
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 checked="" 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】

【古河 花子】

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： C病院 主治医名： D医師（整形外科） 既往歴： 高血圧 E内科受診中	入院期間：4年11月30日～5年2月28日 主治医名： D医師 次回受診 3月〇日		
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 (右耳聞こえにくいが補聴器等の使用なし)	問題無・ 有 (変化なし)		
歩行	自立 ・見守り・要介助 (段差は柱等につかまりゆっくり昇降)	自立・ 見守り ・要介助 リハビリ中 (少し長く歩くと腰に痛みあり、疲れやすい)		
移動	自立 ・見守り・要介助 (近所のスーパーへ週2回歩いて行く)	自立・ 見守り ・要介助 リハビリ中 (床からの立ち上がり：ゆっくりできるが不安あり)		
移乗	自立 ・見守り・要介助 ()	自立・ 見守り ・要介助 リハビリ中 (ゆっくり慎重に行っている)		
食事	自立 ・見守り・要介助 (調理も自分でやっている)	自立 ・見守り・要介助 ()		
口腔ケア	自立 ・見守り・要介助 (部分入れ歯あり)	自立 ・見守り・要介助 ()		
排泄	自立 ・見守り・要介助 (尿取りパット使用)	自立 ・見守り・要介助 ()		
入浴	自立 ・見守り・要介助 (自宅で週2回程度、デイサービス週2回)	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 認知症自立度 I (時々物の置き忘れがある)	問題無 ・有 (変化なし)		
その他特記事項	・日常の外出は、買い物・受診・デイサービスが主であるが、時々友人との行き来がある。	・床からの立ち上がりに不安があり、ベッドの利用を希望している。家の段差も心配。 ・買い物や掃除支援に、長女の対応が可能か確認		
情報提供日	令和 4年 12月 3日	令和 年 月 日		
情報受け取り 14	医療機関名	C病院	医療機関名	
	所属・担当	K病棟 ○○○	所属・担当	

