

## 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 ( )				
ケアマネ ジヤー	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	