

入院連携シート（記入例）

神戸市

提供日 H 31 年 1 月 25 日

入院日 H 31 年 1 月 24 日

事業所(施設)名	〇〇ケアプランセンター	ケアマネジャー名	〇〇 〇〇	電話・FAX	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇
----------	-------------	----------	-------	--------	--------------

ふりがな氏名	こうべ たろう	生年月日	明 大 昭	年齢	80 歳	性別	男 女
	神戸 太郎		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>		13 年 9 月 1 日		<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

緊急時連絡先	氏名(キーパーソン)	続柄※	住所	電話番号	備考
	1	神戸 花子	妻	神戸市中央区〇〇町〇〇	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇
	2	神戸 次郎	長男	神戸市〇〇区〇〇町〇〇	〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇

※「成年後見人」の場合は、続柄欄にその旨記載。どちらか一方が医療同意者となる場合、その他留意事項があれば備考欄に記載

家族の介護力	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 日中独居 <input type="checkbox"/> 子と同居	医療保険	<input checked="" type="checkbox"/> 後期高齢者 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 健康保険 <input type="checkbox"/> 共済	住環境	<input checked="" type="checkbox"/> 戸建 <input type="checkbox"/> 集合
	<input checked="" type="checkbox"/> 高齢世帯 <input type="checkbox"/> 家族が要介護		<input type="checkbox"/> 生保()		<input type="checkbox"/> CW) <input type="checkbox"/> 船員
	<input type="checkbox"/> その他()	障害等認定	<input type="checkbox"/> 身障() <input type="checkbox"/> 精神() <input type="checkbox"/> 療育 <input type="checkbox"/> 特定疾患()		

経済状況	<input type="checkbox"/> 国民年金 <input checked="" type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input checked="" type="checkbox"/> その他の収入(不動産収入10万円/月)
------	--

本人・家族の意向、生活目標等(DNARの有無を含む)	生活歴(これまでの職業、家庭生活、趣味、習慣など)
----------------------------	---------------------------

【本人】妻と一緒に住み慣れたこの家で暮らし続けたい。以前積極的な延命治療は希望しないと話されたこともあったが、現在は確認していない。
孫が時々遊びに来ることを楽しみにしている。
【妻】希望は叶えてあげたいが、介護負担は大きい。

・元〇〇会社の技術職。
・穏やかな感じだが頑固。脳出血後、人と話をうまくできず、自分の思うようにならないと、時々いらいらすることもあると妻の弁。

要介護度	要支援 <input checked="" type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 要介護 <input type="checkbox"/> 1 <input checked="" type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	有効期間	H 30 年 10 月 15 日 ~ 32 年 10 月 14 日
------	--	------	-----------------------------------

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 checked="" type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2	(備考)
---------------	--	------

認知症高齢者の日常生活自立度	<input checked="" 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
----------------	--

介護サービス利用状況	訪問	<input type="checkbox"/> 介護(/ 週) <input type="checkbox"/> 入浴(/ 週) <input type="checkbox"/> リハビリ(/ 週) <input checked="" type="checkbox"/> 看護(1 / 週)
	通所	<input checked="" type="checkbox"/> 介護(1 / 週) <input type="checkbox"/> リハビリ(/ 週)
	その他	<input checked="" type="checkbox"/> 福祉用具(ベッド、車椅子、杖)
	居宅療養管理指導	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (職種:)
	短期入所	<input type="checkbox"/> 日 / 月
	訪問看護事業所	〇〇訪問看護ステーション (電話番号) 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇

かかりつけ医療機関(医科・歯科・薬局)	医療機関名等		電話番号	現在治療中の病気 ※主治医意見書等参照	・高血圧 ・糖尿病
	1	〇〇クリニック(訪問診療2回/月)	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇		
	2				
	3				

既往歴	<input type="checkbox"/> 悪性腫瘍 <input type="checkbox"/> 心血管疾患 <input checked="" type="checkbox"/> 脳血管疾患 <input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> その他()	手術歴	なし
-----	--	-----	----

	自立	見守り	一部介助	全介助	在宅での生活状況	
食事	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	食形態	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 嚥下食(<input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> ソフト食 <input type="checkbox"/> ペースト <input type="checkbox"/> とろみ)
					制限	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 塩分 <input type="checkbox"/> 水分 <input type="checkbox"/> その他())
口腔ケア	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	義歯	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 全部 <input checked="" type="checkbox"/> 一部)
移動方法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 手引き <input checked="" type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> シルバーカー <input checked="" type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> その他()	
入浴	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	入浴制限	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input checked="" type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> 清拭 <input type="checkbox"/> その他())
排泄	排尿	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	排尿能力	<input checked="" type="checkbox"/> 自排尿 <input type="checkbox"/> 間欠導尿
	排便	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	排便習慣	1 回 / 2 日・週)
服薬管理		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	処方薬	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> お薬手帳参照
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	薬剤管理	<input type="checkbox"/> 自己管理 <input checked="" type="checkbox"/> 他者管理 (妻)
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	服薬状況	<input type="checkbox"/> 処方通り服用 <input checked="" type="checkbox"/> 時々飲み忘れ <input type="checkbox"/> 飲み忘れが多い・処方が守られていない <input type="checkbox"/> 服薬拒否
コミュニケーション	聴力	<input type="checkbox"/> 問題なし <input checked="" type="checkbox"/> やや難あり <input type="checkbox"/> 困難 (補聴器の使用 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有)	言語	<input type="checkbox"/> 問題なし <input checked="" type="checkbox"/> やや難あり <input type="checkbox"/> 困難		
	視力	<input checked="" type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難あり <input type="checkbox"/> 困難	意思疎通	<input type="checkbox"/> 問題なし <input checked="" type="checkbox"/> やや難あり <input type="checkbox"/> 困難		
精神・心理面での療養上の留意点	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 幻視・幻覚 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴行 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 異食行動 <input type="checkbox"/> 性的問題行動 <input type="checkbox"/> その他()				
特別な医療	<input type="checkbox"/> 経管栄養(<input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 腸ろう <input type="checkbox"/> 鼻腔) <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 褥瘡処置 <input type="checkbox"/> 膀胱留置カテーテル <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> その他()					

在宅移行時に推測される問題点、介護上特に注意すべき点

- ・自宅で妻の介護を受ける日々を過ごしている。食事、トイレ、デイサービス以外は部屋に閉じこもりがちである。
- ・長男夫婦と孫一人が近所に住んでいるが、長男夫婦は共働きで介護には協力的ではない。
- ・家事と介護のすべてを負担している妻にとって、今以上に介護度が上がると在宅療養の限界が生じるのではと悩んでいる。
- ・右上下肢が不自由なため転倒リスクが大きい。
- ・やや難聴あり。話している内容が聞き取れなくて聞き直しが多いため、反応が遅れる。

※上記の担当者が利用者または家族の承諾を得て、利用者の入院・入所先を関係者へ情報提供します。