

# 連携シート様式(一部記入例付)

1

南信州広域版在宅患者基本情報共有書(連携シート)試案							No. 1001		
更新日	H28.8.29		更新者	所属;壳木村地域包括C		役職;保健師・CM	氏名;泰阜 援子		
基本情報	フリガナ		生年月日	年 月 日	男・女	年齢	歳	自宅電話	
	氏名		住所				身長体重	cm kg (測定日 年 月)	
	同居の家族等	No.	氏名	年齢	続柄	介護者	介護への関わりの程度	キーP	緊急連絡先・方法
		1	阿南 花子	74歳	妻	○主			自宅電話 同上
		2	阿南 哲郎	44歳	長男	△		①	携帯 090-....
		3	阿南 太子	42歳	長男妻	○副			携帯 080-....
	別居の家族等	No.	氏名	年齢	続柄・関係等	介護への関わりの程度		キーP	(緊急)連絡先・方法
		5	天龍 峠子	40歳	長女			②	携帯 090-....
		6	下條 光枝	72歳	隣人	家族ぐるみの付き合い			自宅 0260-22-....
		7							
8									
経済状況			年金等公的補助	無・有(国民・厚生・共済・その他);			年金外収入	無・有;	
<基本情報FREE>							ジェノグラム 家族関係図の添付	無・有	
在宅療養への要望	本人								
	終末期の居所	自宅・施設・病院・その他;			事前指示の希望		無・有;		
	家族	主たる発言者;							
生活歴 趣味関心事等									
医療	病名・既往歴	①	発症;	年 月 日	④	発症;	年 月 日		
		②	発症;	年 月 日	⑤	発症;	年 月 日		
		③	発症;	年 月 日	⑥	発症;	年 月 日		
		<主治医からの病状説明を含めFREE>				感染症	無・有;		
	特殊医療		無・有; □酸素療法、□吸引、□尿道バルーン、□透析、□その他;						
	かかりつけ医療機関		○○診療所 ○○先生		入院医療機関	○○病院 内科 ○○先生			
かかりつけ歯科医		△△歯科診療所 ▽▽先生		かかりつけ薬局	□□薬局 ◇◇薬剤師				
医療保険		後期高齢者医療保険			記号	500	番号	889944	
他制度	身体障害	無・有;		難病	無・有;		療育	無・有;	
	精神障害	無・有;		福祉医療	無・有;		その他		
薬剤情報	お薬手帳	無・有	薬剤アレルギー	無・有;		禁忌薬剤	無・有;		
	訪問薬剤管理	無・有	※お薬手帳が無い場合、または手帳が有っても内容が不十分な場合、は以下に記述する。						
歯科口腔	口腔清潔	記入例; 仕上げ磨きに一部介助			口腔状況	記入例; 部分義歯あり、歯周病もあり			
	訪問歯科診療	無・有	※必要に応じ歯科的評価を記述する。						

## 連携シート様式(一部記入例付)

麻痺/ADL・IADL/褥瘡				排泄	自立・見守・介助;							
麻痺	無・有(全麻痺・不全麻痺 部位);				用具	トイレ・Pトイレ・オムツ・他;						
	更衣	自立・見守・介助;				尿	回/昼間	失禁				
整容	自立・見守・介助;				便	回/昼間	失禁	無・時々・毎回				
入浴	自立・見守・介助;				自立・見守・介助;							
寝返り	自立・見守・介助;				用具	トイレ・Pトイレ・オムツ・他;						
座位	自立・見守・介助;				尿	回/夜間	失禁	無・時々・毎回				
起立	自立・見守・介助;				便	回/夜間	失禁	無・時々・毎回				
歩行	屋内	自立・見守・介助;	補助具		排便コントロール	無・有(下剤・浣腸・摘便・他);						
	屋外	自立・見守・介助;	補助具		経管栄養							
乗移	自立・見守・介助;			経口栄養(食事)	食事姿勢	座位・リクライニング・その他;						
車イス	不要・要	特記;			摂取動作	自立・見守り・介助;						
買物	自立・見守・介助;				食種	普通食・その他;						
掃除	自立・見守・介助;				主食	米飯・軟飯・全粥・ミキサー・他;						
洗濯	自立・見守・介助;				副食	普通・一口・刻み・ミキサー・他;						
炊事	自立・見守・介助;				食物アレルギー	無・有(食品);						
金銭管理	自立・見守・介助;				水分制限	ml/日	その他	制限				
服薬管理	自立・見守・介助;				摂取具	箸・スプーン・自助食器・他;						
褥瘡	無・有(部位;	程度; 軽・中・重			とろみ使用	無・有 (程度; 薄・中・濃)						
	特記;				嚥下咀嚼	障害 無・有 (程度; 軽・中・重・不可)						

&lt;ADL・褥瘡・排泄・栄養等FREE&gt; ※特に、退院時や区分変更の申請が必要な時に記入して頂きたい。

認知状態	中核症状(記憶障害の程度)		長谷川式 点、MMSE 点、特記;					
	周辺症状(問題行動の種類)		徘徊・妄想・暴言・暴力・介護への抵抗・不潔行為・他;					
睡眠	中途覚醒	無・有	昼夜逆転	無・有	薬剤使用	無・有	特記;	
会話能力	構語障害	無・有	重度難聴	無・有	重度視力障害	無・有	特記;	

&lt;認知・睡眠・会話FREE&gt;

介護	介護認定	未・申請中・済	要介護度	介2	介護保険証番号	000012458012	認定年月日	H27.4.1	1割		
	日常生活動作評価	A	認知の評価	II	認定始期	H27.4.1 から	認定終期	H29.3.31 まで			
	担当包括	氏名;			所属;		連絡先;				
	担当CM	氏名;			所属;		連絡先;				
	担当SW	氏名;			所属;		連絡先;				
サービス利用	訪問介護	火木 2回/週		通所介護	月水金 3回/週	訪問入浴	0回/週				
	福祉用具	ポータブルトイレ		移送サービス	月水金 3回/週	配食サービス	土日 2回/週				
	施設入所	無・有(名称; 期間;				安心コール等	無・有(種類;				
	訪問看護	火木 2回/週		訪問リハビリ	火木 2回/週	通所リハビリ	0回/週				
指示の遵守	□服薬	可・否;		□口腔ケア	可・否;	□摂取制限	可・否;				
	☑を入れる	□安静	可・否;	□その他;							

&lt;介護・サービス利用・その他総合的にFREE&gt;