

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; 売木村地域包括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	4	阿南 陽子		18歳		孫		×									
		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 峯子		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-.....			
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;																
終末期の居所				自宅・施設・病院・その他;				事前指示の希望				無・有;						
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				〇〇診療所 〇〇先生				入院医療機関				〇〇病院 内科 〇〇先生					
	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		※必要に応じ歯科的评价を記述する。													

連携シート様式（一部記入例付）

2

麻痺/ADL・IADL/褥瘡				排泄	日間	自立・見守・介助；				
麻痺	無・有（全麻痺・不全麻痺 部位；					用具	トイレ・トイレ・オムツ・他；			
更衣	自立・見守・介助；					尿	回/日間	失禁	無・時々・毎回	
整容	自立・見守・介助；					便	回/日間	失禁	無・時々・毎回	
入浴	自立・見守・介助；				夜間	自立・見守・介助；				
寝返り	自立・見守・介助；					用具	トイレ・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	
歩行移乗	屋内	自立・見守・介助；			補助具	無・有（下剤・浣腸・摘便・他；				
	屋外	自立・見守・介助；			補助具					
車イス	不要・要 特記；			経管栄養	無・有	Kcal/日				
買物	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；				
掃除	自立・見守・介助；				摂取動作	自立・見守り・介助；				
洗濯	自立・見守・介助；				食種	普通食・その他；				
炊事	自立・見守・介助；				主食	米飯・軟飯・全粥・ミキサー・他；				
金銭管理	自立・見守・介助；				副食	普通・一口・刻み・ミキサー・他；				
服薬管理	自立・見守・介助；				食物アレルギー	無・有（食品；				
褥瘡	無・有（部位；	程度；軽・中・重			水分制限	ml/日	その他制限			
	特記；				摂取具	箸・スプーン・自助食器・他；				
				とりみ使用	無・有（程度； 薄・中・濃 ）					
				嚥下咀嚼	障害 無・有（程度； 軽・中・重・不可）					
＜ADL・褥瘡・排泄・栄養等FREE＞ ※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；			
＜認知・睡眠・会話FREE＞										
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；							
＜介護・サービス利用・その他総合的にFREE＞										