

〇〇	病院
提出先部署	
〇〇	御中



私が担当のケアマネジャーです。

事業所名	〇〇ケアプランセンター
TEL	072-000-0000
FAX	072-000-0001
携帯電話	080-0000-0000
担当者名	大阪 花子

入院時連携シート

院日 令和 〇 年 〇 月 〇 日

※患者様の退院の見通しがたてば上記事業所への連絡と看護サマリーをお願いします。出日 令和 〇 年 〇 月 〇 日

フリガナ 氏名	サカイ タロウ 堺 太郎 様	生年 月日	M T S 10 年 1 月 1 日	住所	市区 堺市〇区〇〇〇
緊急連絡先	① 堺 一郎 (続柄 長男) ② (続柄 住所 堺市〇区〇〇〇 住所 Tel 072-000-0000 Tel	家族 構成	☐ 男性 ☐ 女性 (年齢) 罫線で結ぶ ☆キーパーソン 		
介護保険	申請中 (/ 付) ・ 要支援 (1 ・ 2 要介護 (1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5) 認定有期間 (令和8年4月1日 ~ 令和9年3月31日)				
かかりつけ医 (連絡先)	① 〇〇医院 TEL 072-000-0000 ② TEL	(☒ 通院 ・ ☐ 訪問診療) (☐ 通院 ・ ☐ 訪問診療)			
身障手帳等	無 ・ 有 (☒ 身体 ・ 知的 ・ 精神 ・ 難病) 内容・等級 (四肢麻痺 1級)				
医療保険情報	☒ 後期高齢 ☐ 国民健康保険 ☒ 生活保護 ☐ その他	居住 状態 ☐ 自宅 持家 (一戸建・集合住宅) 借家 (一戸建・集合住宅) ☒ 施設 施設名 (〇〇住宅型有料老人ホーム) TEL (072-000-0000) ☐ 特養 ☐ 老健 ☐ 介護付き ☐ その他 () エレベーター ☒ 有 ☐ 無			
既往歴	平成25年 高血圧症 令和元年4月脳梗塞後遺症で軽度の上下麻痺				
介護サービス 等	フォーマル (福祉サービス含む) ☒ ヘルパー (2 / 週) 事業所名 (〇〇訪問介護) ☒ デイ (3 / 週) 事業所名 (〇〇デイサービス) ☐ ショート 事業所名 () ☐ 訪問看護 (/ 週) 事業所名 () ☐ 訪問リハ (/ 週) 事業所名 () ☒ 福祉用具レンタル レンタル用品 (〇〇福祉用具) インフォーマル (家族の介護力・支援状況含む) 妻は令和6年死亡、家族は日中 就労で不在、令和7年4月~〇〇 有料老人ホームに入居				
普 段 の 移 乗 ・ 移 動	寝返り 自立 ・ ☒ 一部介助 ・ 全介助 起き上がり ☒ 自立 ・ 一部介助 ・ 全介助 立ち上がり ☒ 自立 ・ 一部介助 ・ 全介助 座位 ☒ 自立 ・ 一部介助 ・ 全介助 立位 ☒ 自立 ・ 一部介助 ・ 全介助 移乗 自立 ☒ 一部介助 ・ 全介助 移動 歩行 自立 ☒ 一部介助 ・ 全介助 移動手段 杖 ・ ☒ 歩行器 ・ 車いす	食 生 活 ・ 口 腔	摂取方法・形態等 自立 ☒ 一部介助 ・ 全介助 経口 (普通食 ☒ 軟飯 粥・きざみ食・ミキサー食) とろみ (有・無) ・ 義歯 (有・無) アレルギー () 経管 経鼻 Fr. PEG 嚥下 ☒ 口腔ケア 自立 ☒ 一部介助 ・ 全介助 清潔 保清 (入浴・清拭) 自立 ☒ 一部介助 ・ 全介助 着脱・整容 自立 ☒ 一部介助 ・ 全介助		
排 泄	尿意 (有・無) 便意 (有・無) 失禁 (有・無) <日中> 自立 ・ 尿器 ・ PTイレ ・ おむつ <夜間> 自立 ・ PTイレ ・ おむつ	服 薬 状 況	自立 ・ ☒ 一部介助 ・ 全介助 一包化 : (有・無) インスリン : 有 (自己管理・他者管理) () ・ ☒ 時々、服薬ミスや忘れる事があり確認が必要です。		
コミュニケーション障害など (視力・聴力・発語など状況含む)	支援無・有 / 補聴器 (有) ・ 無	認 知 症	無 ・ ☒ 有 (☒ 軽度 ・ 中度 ・ 重度) 短期記憶 ☐ 問題なし ☒ 問題あり 意思の伝達能力 ☒ 伝えられる ☐ いくらか困難 ☐ 具体的要求に限られる ☐ 伝えられない 周辺症状 ☐ 幻視・幻聴 ☐ 妄想 ☐ 昼夜逆転 ☐ 徘徊 ☐ 暴言 ☐ 暴力 ☒ 介護への抵抗 ☐ 不潔行為 ☐ 異食 ☐ その他		
生活歴	大阪で生まれ、長年サラリーマンとして生活されていました。				
ACP ☐ 確認済み (年 月 / 口頭・文書) ☒ 未確認					
在宅での生活課題・その他特記事項 妻と二人暮らしであったが、妻は令和6年年末に死亡、家族は日中就労で不在のため、自宅での生活が難しくなり令和7年4月~〇〇有料老人ホームに入居。本人は高齢によるもの忘れがあり、服薬忘れや短期記憶が乏しい。夜間はオムツ使用。交換時に介護抵抗がありタイミングを計り確認・交換が必要です。下肢筋力低下し、ふらつき転倒する時もあり移動時の見守りが必要です。					

* このシートにおける個人情報の取り扱いについては、本人もしくは家族に同意を得ています。

* 入院中の病院から転院する場合は、転院の病院へこのシートを提出してください。

* 担当ケアマネジャーへは、転院先の病院から連絡を入れてください。

* 間違えてFAXが届きましたら、お手数ですが上記連絡先までご連絡いただきますよう、お願いいたします。

2026.10.ver.

Copyright ©2012 堺地域「医療と介護の連携強化」病院連絡協議会 (C・Cコネット)

「入院時連携シート」の記入及び活用について

入院時連携シートは全ての情報を共有できるシートではありません。
必要な場合は、カンファレンス等の開催などにより情報共有をお願いします。

介護支援専門員の皆さま

「在宅での生活課題・その他特記事項」欄	・特に介護支援専門員から入院先の病院に伝達が必要と思われる情報（家族関係、住環境、経済面、サービス事業所名や連絡先等）について記入してください。 ※記入しきれない時は、介護サービス計画書等を添付してください。
ACP の確認について	・ケアマネジャーが聞き取りをしている場合 文書で確認している場合は、シートと一緒に書類を渡す。 口頭の場合は、必要に応じて病院側から問い合わせさせていただく場合があります。
その他注意事項	・本人様の情報は、入院直前までの最新状況を記入してください。 ・FAX の場合は、送信前に必要に応じて病院に電話連絡のうえ、個人情報保護法に則り、各事業所の規定に従って情報の保護を行った上で送信してください。 ・シート書式は変更されないようにお願いします。

病院の連携窓口のご担当者さま

退院時	・居宅へ退院の場合は、介護支援専門員へ退院する旨を連絡してください。 ・転院の場合は、転院先の病院へ「入院時連携シート」を送付してください。 (詳細は、下記運用手順を参照)
-----	--

運用手順

入院

- ・担当ケアマネジャーは、入院先の連携窓口（地域医療連携室・医療福祉相談室など）へ電話連絡し、「入院時連携シート」の必要の有無と提出先の部署を確認する。

シートの提出

- ・担当ケアマネジャーは、提出部署に「入院時連携シート」を FAX 送信か、原本を郵送または持参する。

退院

- ① 在宅の場合
 - ・病院は、退院の目処がついたら担当ケアマネジャーに電話連絡する。
 - ・看護サマリーを受け取ったケアマネジャーが必要に応じて関係する事業所にお渡しする。
- ② 転院の場合
 - ・入院中の病院から転院先の病院へ「入院時連携シート」を送付する。
(ケアマネジャーが記載したものに加筆修正しないこと)
※入院中の病院から「入院時連携シート」が送付されない場合は、転院先の病院から問い合わせをする。
 - ・転院先の病院から担当ケアマネジャーへ、転院目的や病状に関わらず、転院後直ちに転院した旨の連絡を入れる。

*入院時連携シート・記載基準・運用手順についてのご意見、ご質問は下記までお願いいたします。

堺地域「医療と介護の連携強化」病院連絡協議会（C・Cコネット）事務局

堺市社会福祉協議会 包括支援センター統括課 i-renkei@sakai-syakyo.net

Copyright ©2012 堺地域「医療と介護の連携強化」病院連絡協議会（C・Cコネット） 令和8年10月 改訂