

私が担当のケアマネジャーです。

病院
提出先部署
御中

R8年度修正

事業所名	
TEL	
FAX	
携帯電話	
担当者名	

入院時連携シート

入院日 年 月 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。

提出日 年 月 日

フリガナ 氏 名	様	生年 月 日	M T S 年 月 日	住所	市 区
緊急連絡先	① (続柄) ② (続柄) 住所 住所 Tel Tel	☐ 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 (~)				
かかりつけ医 (連絡先)	① TEL (☐ 通院 ・ ☐ 訪問診療) ② TEL (☐ 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 ()	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 () TEL () ☐ 特養 ☐ 老健 ☐ 介護付き ☐ その他 () エレベーター ☐ 有 ☐ 無		
医療保険情報	☐ 後期高齢 ☐ 国民健康保険 ☐ 生活保護 ☐ その他				
既往歴					
介護サービス等	フォーマル (福祉サービス含む) ☐ ヘルパー (/ 週) 事業所名 () ☐ デイ (/ 週) 事業所名 () ☐ 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 () インフォーマル (家族の介護力・支援状況含む)				
普 段 の 移 乗 ・ 移 動	寝返り	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助	食 生 活 ・ 口 腔	摂食方法 ・ 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) とうもろこし (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	
	起き上がり	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助		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	立ち上がり	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助	清 潔	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 :) ・ 無	
	座位	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助			
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)	立位	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助	服 薬 状 況	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	
	移動	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助			
生 活 歴	移動手段	杖 ・ 歩行器 ・ 車いす	認 知 症		
	尿意 [有 ・ 無] 便意 [有 ・ 無] 失禁 [有 ・ 無]				
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					

* 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)