

『入院時連携シート』の記入及び活用について

○本人様の情報は、入院直前までの最新状況の記入をお願いします。

「在宅での生活課題・その他特記事項」欄には、シートの各項目に記入している情報のほか、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について記入してください。

○FAX の場合は、送信前に必ず電話連絡をお願いします。また、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 FAX を送信してください。

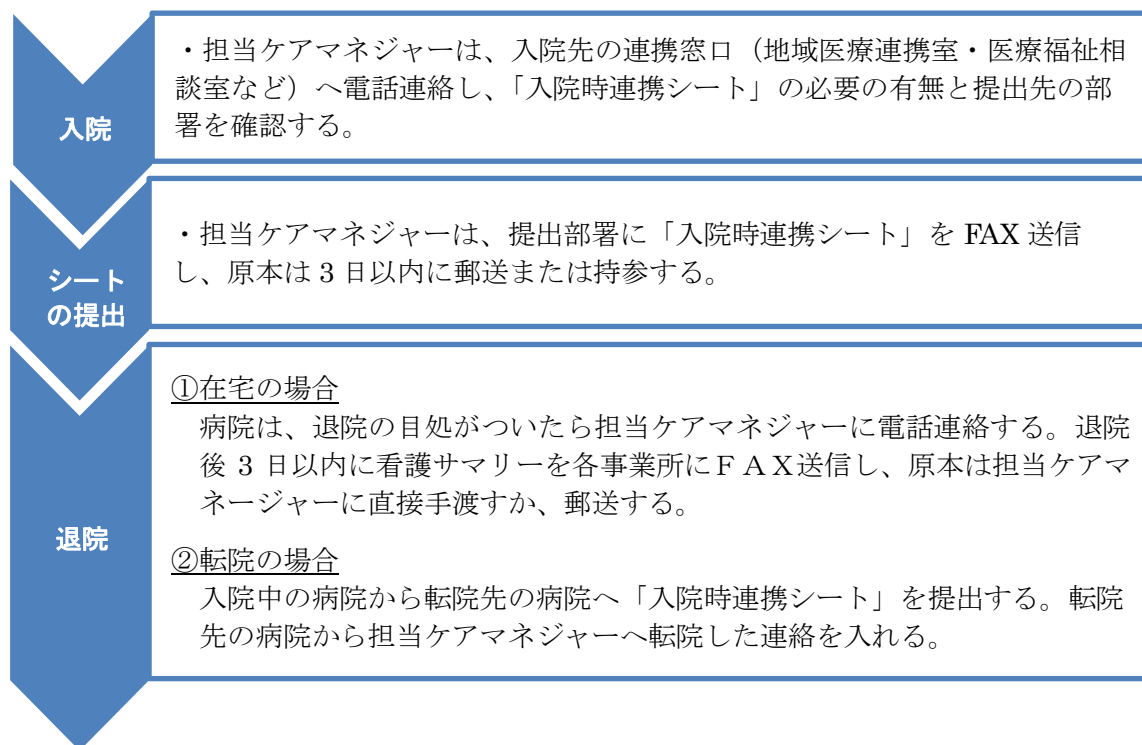
○右上記「のりづけ」欄は、担当介護支援専門員の名刺を貼ることができます。

ただし、シートを入院先の病院へ FAX で送信する時は、名刺を貼り付けた状態では、機械が破損する恐れがありますので注意してください。

○シート書式は、変更されないようにお願いします。

『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。

運用手順



*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

担当：斎藤・永山 i-renkei@sakai-syakyu.net

平成 30 年 6 月 21 日 改訂

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）

病院
提出先部署
御中

事業所名		のりづけ
TEL		
FAX		
携帯電話		
担当者名		

入院時連携シート

入院日 平成 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 平成 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) 住所 Tel	② (続柄) 住所 Tel		家族構成	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 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	② Tel			
身障手帳等	無 ・ 有 (身体 ・ 知的 ・ 精神 ・ 特疾) 内容・等級 ()		住環境	持家 ・ 借家 (一戸建 ・ 集合住宅 ・ 文化住宅) 住環境上の問題 / 無 ・ 有 トイレ 和式 洋式 段差 あり (段) なし エレベーター あり なし 駐車場 あり なし	
既往歴					
介護サービス等	フォーマル (福祉サービス含む) <input type="checkbox"/> ヘルパー (/ 週) <input type="checkbox"/> 訪問看護 (/ 週) <input type="checkbox"/> デイ (/ 週) <input type="checkbox"/> 訪問リハ (/ 週) <input type="checkbox"/> ショート <input type="checkbox"/> 福祉用具レンタル		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) 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		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	立ち上がり	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助	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 :) ・ 無
	座位	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助		認知症	無 ・ 有 (軽度 ・ 中度 ・ 重度) 短期記憶 <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり 意思の伝達能力 <input type="checkbox"/> 伝えられる <input type="checkbox"/> いづらか困難 <input type="checkbox"/> 具体的要求に限られる <input type="checkbox"/> 伝えられない
生活歴	立位	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助	周辺症状 <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> その他		
	移乗	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助			
移動手段	歩行	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助			
	移動手段	杖 ・ 歩行器 ・ 車いす			
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					
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				
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。
 * 間違って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。 2018.6.21ver.
 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)

○ ○	病院
提出先部署	○ ○
	御中

事業所名	〇〇ケアプランセンター
TEL	072-000-0000
FAX	072-000-0000
携帯電話	090-0000-0000
担当者名	大阪 花子

のりづけ

記入例

入院時連携シート

入院日 平成 ○年 ○月 ○日

※患者様の退院の見通しが立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 平成 ○年 ○月 ○日

フリガナ氏名	サカイ タロウ 堺 太郎	サマ 様	生年月日	M T S	8年2月6日85歳	住所	市区	堺市〇〇—〇〇—〇〇
緊急連絡先	①堺 一郎 (続柄 長男) ② (続柄)		住所	堺市場区〇〇		住所	〇男性〇女性(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(平成30年4月1日～平成31年3月31日)		家族構成					
かかりつけ医(連絡先)	① 〇〇医院 Tel072-000-0000		②					
身障手帳等	無 ・ 有 (身体 ・ 知的 ・ 精神 ・ 特疾) 内容・等級(四肢麻痺 1級)		住環境		住環境上の問題 / 無 ・ 有 トイレ 和式 洋式 段差 あり (2 段) なし エレベーター あり なし 駐車場 あり なし			
既往歴	平成20年 高血圧症 平成24年4月脳梗塞後遺症で軽度の上下肢麻痺。		介護サービス等		フォーマル(福祉サービス含む) インフォーマル(家族の介護力・支援状況含む) ■ヘルパー(2/週) □訪問看護(/週) ■デイ(3 /週) □訪問リハ(/週) □ショート ■福祉用具レンタル 妻は高齢で介護困難。家族は日中就労で不在で帰宅時間も遅い。帰宅時は食事等の見守りや日常生活の見守りを行っています。			
普段の移乗・移動	寝返り	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助	食生活・口腔	摂取方法・形態等	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助			
	起き上がり	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)				
移動	立ち上がり	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助	経管	経鼻 Fr. PEG				
	座位	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助	嚥下	口腔ケア 自立 ・ 一部介助 ・ 全介助 口腔ケアはご自身では不十分で一部介助必要です。				
排泄	移乗	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				
	歩行	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助	着脱・整容	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助				
コミュニケーション障害など	移動手段	杖 ・ 歩行器 ・ 車いす	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) 無 時々、服薬ミスや忘れる事があり確認が必要です。				
	尿意 [有・無] 便意 [有・無] 失禁 [有・無]	排		自立 ・ 一部介助 ・ 全介助 一包化 有 ・ 無				
生活歴	大阪で生まれ、長年サラリーマンとして生活してきました。		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				
在宅での生活課題・その他特記事項 妻と長男夫婦の4人暮らし。妻は要介護認定を受け介護困難な状態。長男夫婦は就労で日中不在で介護力が不足しています。本人は高齢による物忘れがあり服薬忘れや短期記憶が乏しいです。自宅での日常生活動作のトイレ排泄は間に合わず失禁あり。リハビリパンツを使用していますが、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必要です。自宅では夜間、ポータブルトイレをご自身で利用できています。以前にショートステイ利用時に、環境の変化で徘徊がありました。数日で軽減されました。								

* 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。
 * 担当ケアマネージャーへは、転院先の病院から連絡を入れてください。
 * 間違っても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。 2018.6.21ver.
 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)