

私が担当のケアマネージャーです。

事業所名		のりづけ
TEL		
FAX		
携帯電話		
担当者名		

病院	
提出先部署	御中

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	MTS 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	□男性□女性(年齢) 郵便で結ぶ ☆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	
	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	清潔	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	
排泄	立位	自立・一部介助・全介助	服薬状況	保清(入浴・清拭) 自立・一部介助・全介助	
	移乗	自立・一部介助・全介助		着脱・整容 自立・一部介助・全介助	
生活歴	歩行	自立・一部介助・全介助	認知症	自立・一部介助・全介助 一包化: 有・無	
	移動手段	杖・歩行器・車いす		インスリン: 有(自己管理・他者管理:)・無	
尿意[有・無] 便意[有・無] 失禁[有・無]			生活歴	無・有(軽度・中度・重度)	
<日中> 自立・尿器・トイレ・おむつ <夜間> 自立・トイレ・おむつ				短期記憶 <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり	
コミュニケーション障害など 支援無・有 (視力・聴力・発語など状況含む)			意思の伝達能力 <input type="checkbox"/> 伝えられる <input type="checkbox"/> いくらか困難 <input type="checkbox"/> 具体的要求に限られる <input type="checkbox"/> 伝えられない		
在宅での生活課題・その他特記事項			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		

* 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.