

連携シート(入退院・入退所)

氏名	様	年齢	T・S 年 月 日(歳)		
介護度	申請中(月 日)・要支援 1・2/要介護 1・2・3・4・5			性別	男・女
主介護者	様	本人との関係		連絡先	

【A欄】入院(所)時情報提供欄

事業所名： 担当ケアマネージャー(CM)：
TEL：
FAX：
E-mail：

※CM→医療・施設 (別添資料：有・ 枚)

【B欄】退院(所)時情報提供欄

機関名： 所属・職種・氏名：
TEL：
FAX：
E-mail：

※医療・施設→CM (別添資料：有・ 枚)

[基本情報]

入院(所)日	年 月 日	入院期間	年 月 日～ 年 月 日(予定)	
既往歴	1. 2. 3. [入院(所)理由]	主病名		
		処方箋の変更	有・無	備考：
かかりつけ医	①医療機関・主治医名 連絡先 ②医療機関・主治医名 連絡先	必要な医療処置	<input type="checkbox"/> 経鼻経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> IVH <input type="checkbox"/> 経管カニューレ <input type="checkbox"/> 痰吸引 <input type="checkbox"/> 褥創ケア <input type="checkbox"/> 尿道留置カテーテル <input type="checkbox"/> その他[]	
		在宅で用意すべき物品		
住環境	<input type="checkbox"/> 戸建て※階段(有・無) <input type="checkbox"/> 集合住宅(階)※EV(有・無)	療養上の留意事項	(例)転倒・骨折予防・拘縮予防・食事内容等	
家族状況	<input type="checkbox"/> お一人暮らし <input type="checkbox"/> 同居家族有(続柄)			
キーパーソン	<input type="checkbox"/> 主介護者に同じ <input type="checkbox"/> その他()			
他の連絡先	(続柄)			

[ご本人様の状態について]

移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 ※屋内	<input type="checkbox"/> 自力 <input type="checkbox"/> 手引き <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> シルバーカー <input type="checkbox"/> 車椅子
排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> リハビリパンツ <input type="checkbox"/> パッド <input type="checkbox"/> 布下着 ※常時・夜間帯
食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> ペースト <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> ソフト食 <input type="checkbox"/> 経管栄養
入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 自宅介助 <input type="checkbox"/> デイ(□一般浴 □リフト浴) <input type="checkbox"/> 訪問入浴
口腔	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 ※義歯： <input type="checkbox"/> 有(部分・全部) <input type="checkbox"/> 無	服薬 <input type="checkbox"/> 自己管理 <input type="checkbox"/> 要管理
認知症症状(有・無)：		
夜間の状態 <input type="checkbox"/> 良眠 <input type="checkbox"/> 問題有り：		
[介護サービス利用状況]		
<input type="checkbox"/> 訪問介護(回/ 月・日) <input type="checkbox"/> 訪問入浴(回/ 月) <input type="checkbox"/> デイサービス[通常・リハビリ型・入浴型](回/ 月) <input type="checkbox"/> 通所リハ(回/ 月) <input type="checkbox"/> 訪問看護(回/ 月) <input type="checkbox"/> 訪問リハ(回/ 月) <input type="checkbox"/> ショートステイ(回/ 月) <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与(車椅子・特殊寝台および付属品・床ずれ防止用具・手すり・歩行器・ほか) <input type="checkbox"/> その他のサービス()		
-生活環境や、在宅復帰時に推測される問題点・課題などの特記事項(服薬・医療的処置・入浴可の基準等) [入院時介護側より相談事項を記入。]-		
-退院(所)時における状態の変化や、望まれる支援・注意点の特記事項 [医療側より退院時に連絡] - ※ADL に変化 有・無 [各状態項目を上書き修正して下さい。]		
A欄作成日：	年 月 日	B欄作成日：
年 月 日		
今回の情報提供にあたっては <input type="checkbox"/> ご本人様・ご家族様の同意を得ております(年 月 日同意) <input type="checkbox"/> 契約時の同意に基づいて提供しております。		