

(改訂版 案)流山版地域生活連携シート(入院時)

記入日 年 月 日

事業所(施設)名	
担当者名	
電話番号	



病院・診療所名	
担当部署・担当者名	
電話番号	

本シートは、医療・介護関係者が御本人の生活を支援するために必要な情報共有を行うことを目的としています。
以下の情報は、利用者本人及び家族の同意を得て提供しています。
なお、入院先の医療機関は、転院時に、転院先に本シートの写しを送付するよう努めましょう。

提供日 年 月 日
入院日 年 月 日

1.利用者(患者)基本情報

氏名		生年月日	明 大 昭 □ □ □	年 月 日	年齢	歳	性別	男 女 □ □
住所	〒	TEL(自宅)		TEL(携帯)				
住環境	<input type="checkbox"/> 戸建 <input type="checkbox"/> 集合住宅 (<input type="checkbox"/> 階 エレベーター <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有) <input type="checkbox"/> 施設等()							
入院時の要介護度	<input type="checkbox"/> 要支援 () <input type="checkbox"/> 要介護 () 有効期間 年 月 日 ~ 年 月 日 <input type="checkbox"/> 申請中 (申請日 /) <input type="checkbox"/> 区分変更 (申請日 /) <input type="checkbox"/> 未申請							
介護保険の自己負担割合	<input type="checkbox"/> 割 <input type="checkbox"/> 不明		障害手帳の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> 身体 <input type="checkbox"/> 精神 <input type="checkbox"/> 知的)				
年金等の種類	<input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> その他 ()							

2.家族構成/連絡先

家族構成図	主介護者氏名	続柄:	(同居・別居)
◎:本人 □:男性 ○:女性 ●■:死亡 主:主介護者 副:副介護者 ☆キーパーソン	自宅		
	携帯		
	意思決定支援者	続柄:	(同居・別居)
	自宅		
	携帯		
	世帯構成	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 日中独居 <input type="checkbox"/> 子と同居 <input type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> その他	

3.お薬について

処方薬	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 別紙参照(お薬手帳コピー)		
服薬介助	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 (介助内容:) <input type="checkbox"/> 全介助		
服薬状況	<input type="checkbox"/> 処方通り服用 <input type="checkbox"/> 時々飲み忘れ <input type="checkbox"/> 飲み忘れが多い、処方が守られていない <input type="checkbox"/> 服薬拒否		
薬剤アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	特記事項	

4.かかりつけ医について

かかりつけ医療機関①	医師名		
<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 訪問診療 <input type="checkbox"/> 往診	頻度:	回/月	
かかりつけ医療機関②	医師名		
<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 訪問診療 <input type="checkbox"/> 往診	頻度:	回/月	
かかりつけ歯科	<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 訪問	医師名	
かかりつけ薬局	訪問看護		

5.入院前の生活における介護/医療の状況、本人の趣味・関心等(※アセスメントシート等あれば入院前の生活歴等記入不要)

介護/医療状況 本人の趣味等	下記書類を参照 <input type="checkbox"/> 居宅サービス計画(1)~(3) <input type="checkbox"/> アセスメントシート(フェイスシート) <input type="checkbox"/> その他()
本人の生活歴	特記事項:
入院前の 本人の生活に対する意向	
入院前の 家族の生活に対する意向	

6.入院前の身体・生活機能状況

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	水分 (とろみ)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 薄い <input type="checkbox"/> 中間 <input type="checkbox"/> 濃い)
食形態	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> 嚥下食 <input type="checkbox"/> ミキサー	摂取方法	<input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経管栄養
起居	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	移乗	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
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	移動手段	<input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> その他 ()
排尿	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	排便	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
褥瘡の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (部位・大きさ:)		
短期記憶	<input type="checkbox"/> 問題あり <input type="checkbox"/> 問題なし	言葉	<input type="checkbox"/> 話せない <input type="checkbox"/> 話せる 程度:
意思伝達	<input type="checkbox"/> できない <input type="checkbox"/> できる (伝達方法:)		
行動・ 精神症状等	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 幻覚・妄想 <input type="checkbox"/> 夜間不眠・不穏 <input type="checkbox"/> 昼間寝ていることが多い <input type="checkbox"/> 意欲の低下	
		<input type="checkbox"/> 暴言・暴力 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 同じことを何度も聞く <input type="checkbox"/> その他 ()	

7.今後の在宅生活の展望について(ケアマネジャーとしての意見)

在宅生活に必要な要件	
世帯に対する配慮	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要 ()
退院後の支援者	<input type="checkbox"/> 家族の支援が見込める (<input type="checkbox"/> 十分 <input type="checkbox"/> 一部) <input type="checkbox"/> 家族以外の支援が見込める (<input type="checkbox"/> 十分 <input type="checkbox"/> 一部) <input type="checkbox"/> 支援は見込めない <input type="checkbox"/> 家族や家族以外の支援者はいない
特記事項	

8.人生の最終段階における医療・ケアに関する情報

※終末期における救急救命処置など、人生の最終段階における医療・ケアに関する情報で、医療機関と共有したい内容を記載。
 ※本人の意思は変わるものであり、本記載が最新の意向を反映しているとは限らないため、常に最新の意向の確認が必要であることについて十分に留意すること。

本人・家族の意向	本人	
	家族()	

9.カンファレンス等について(ケアマネジャーからの希望)

退院前カンファレンスへの参加	<input type="checkbox"/> 希望あり 具体的な要望()
退院前訪問指導を実施する場合の同行	<input type="checkbox"/> 希望あり 具体的な要望()

10.その他(介護上、特に注意すべき点等)

--

退院の検討を始めた段階で、上記担当者へ連絡をお願いします。

受取者サイン
(受付印等)