

介護・医療連携用紙

事業所名	
TEL	
FAX	
記載日	記載者

西暦表記に修正

基本情報	氏名	様	性別	生年月日	歳	
	住所				TEL	
	家族連絡先	<input type="checkbox"/> 単身世帯 <input type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> 同居者あり				家族構成図
		氏名 / 住所	性別	続柄	同居の有無	主介護者
氏名				<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
住所				電話番号		
生活・家族状況・経過等	氏名			<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	住所			電話番号		
	氏名			<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	住所			電話番号		

① 住所欄を追加

② 事業対象者を追加

介護保険情報	要介護度	<input checked="" type="checkbox"/> 事業対象者	<input type="checkbox"/> 要支援1	<input type="checkbox"/> 要支援2	<input type="checkbox"/> 要介護1	<input type="checkbox"/> 要介護2	<input type="checkbox"/> 要介護3	<input type="checkbox"/> 要介護4	<input type="checkbox"/> 要介護5		
		認定期間	～								
		障害者高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> J1	<input type="checkbox"/> J2	<input type="checkbox"/> A1	<input type="checkbox"/> A2	<input type="checkbox"/> B1	<input type="checkbox"/> B2	<input type="checkbox"/> C1	<input type="checkbox"/> C2
		認知症高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> IIa	<input type="checkbox"/> IIb	<input type="checkbox"/> IIIa	<input type="checkbox"/> IIIb	<input type="checkbox"/> IV	<input type="checkbox"/> M	
		サービス利用状況									
	福祉用具										
	住環境										
	住宅改修の必要性	<input type="checkbox"/> 必要	<input type="checkbox"/> 不要	住宅改修歴	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有					

医療情報	医療機関・主治医				科	Dr.	
	病名 及び 医療状況	既往歴	骨折歴 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明				
			与薬状況	自己管理 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 :			
	褥瘡	<input type="checkbox"/> 無		<input type="checkbox"/> 有	:	アレルギー	<input type="checkbox"/> 無
	感染	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	:	訪問薬剤指導	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 :

日常生活情報	食事	<input type="checkbox"/> 経口摂取 <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"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 胃瘻 内容・量	③ 一部介助を追加	
		形態 主食 <input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 軟飯 <input type="checkbox"/> 粥 () <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> 食形態マップコード () 副食 <input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 軟菜 <input type="checkbox"/> きざみ () <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> 食形態マップコード ()	④ ミキサーを追加	
	水分	<input type="checkbox"/> トロミなし <input type="checkbox"/> トロミあり 濃度 <input type="checkbox"/> 薄い <input type="checkbox"/> 中間 <input type="checkbox"/> 濃い) <input type="checkbox"/> 義歯 <input type="checkbox"/> 使用 () <input type="checkbox"/> 非使用	⑤ トロミ濃度を追	
	口腔	ケアの状態 <input type="checkbox"/> きれい <input type="checkbox"/> 汚い 歯科治療の必要性 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		
	姿勢	<input type="checkbox"/> 椅子 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 端座位 <input type="checkbox"/> リクライニング () <input type="checkbox"/> 90度 <input type="checkbox"/> 約 度)		
	禁食	特別食		
	身長	体重 測定日:		
	特記事項	食事姿勢、食形態の詳細等	⑦ 姿勢など特記事項表記の案内	
	排泄	排尿	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 導尿 <input type="checkbox"/> バルーン留置 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 尿意 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
		排便	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 摘便 <input type="checkbox"/> ストマ <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 便意 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
特記事項				
移動	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	屋内	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖 (四脚杖含) <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 老人車 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
		屋外	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖 (四脚杖含) <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 老人車 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
	特記事項			
起居	寝返り	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
	起き上がり	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
更衣	上衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
	下衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
整容	特記事項	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
入浴	方法	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 施設: <input type="checkbox"/> 一般浴 <input type="checkbox"/> 機械浴 <input type="checkbox"/> その他 ⑧ 西暦表記に修正 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
	特記事項			
精神・身体情報	精神	認知症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 HDS-R 点 検査日:	
		行動障害	<input type="checkbox"/> うつ・意欲低 <input type="checkbox"/> 不安・焦燥 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 幻覚・妄想 <input type="checkbox"/> 興奮・暴力 <input type="checkbox"/> その他	特記事項
	睡眠	<input type="checkbox"/> 障害無 <input type="checkbox"/> 障害有		
	その他	視力障害	<input type="checkbox"/> あり (障害側) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 聴力障害 <input type="checkbox"/> あり (障害側) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明	
意思疎通		麻痺 <input type="checkbox"/> あり (麻痺側) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 失語 <input type="checkbox"/> あり () <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 拘縮 <input type="checkbox"/> あり (部位) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 痛み <input type="checkbox"/> あり (部位) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明	⑨ 部位、麻痺側追加	

* 補足する内容は「特記事項」に記載する

介護・医療連携用紙 Ver.2.0

能登脳卒中地域連携協議会