

# 記入例

## 入院時連携シート

記入日：令和 2 年 3 月 1 日  
 入院日：令和 2 年 3 月 1 日  
 情報提供日：令和 2 年 3 月 2 日

医療機関 ← 居宅介護支援事業所

医療機関名：〇〇〇病院  
 ご担当者名：△△△相談員

事業所名：〇〇〇〇居宅支援事業所  
 担当ケアマネジャー氏名：△△△△  
 管理者氏名：〇〇〇〇  
 TEL：××××-×××× FAX：××××-××××

利用者(患者)/家族の同意に基づき、利用者情報(身体・生活機能など)の情報を送付します。是非ご活用下さい。

### 1. 利用者(患者)基本情報について

|                |  |         |  |      |  |
|----------------|--|---------|--|------|--|
| 患者氏名           | (フリガナ) ネリマ ミツオ<br>練馬 光男  | 年齢      | 80才  | 性別   | <input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 |
| 住所             | 〒 練馬区〇〇〇1-2-3  | 生年月日    | 明・大・昭  | 電話番号 | 03-〇〇〇〇-〇〇〇〇   |
| 住環境            | 住居の種類(戸建て・集合住宅)： 階建て、居室 階、エレベーター(有・無)  | 特記事項( ) |  |      |  |
| 入院時の要介護度       | <input type="checkbox"/> 要支援 ( ) <input checked="" type="checkbox"/> 要介護 (3) <input type="checkbox"/> 事業対象者 有効期間：令和2年 1月 1日 ~ 令和2年12月31日<br><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                    |         |  |      |  |
| 障害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 checked="" type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2 |         | <input checked="" type="checkbox"/> 医師の判断  |      |  |
| 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 checked="" type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M                         |         | <input type="checkbox"/> ケアマネジャーの判断  |      |  |
| 介護保険の自己負担割合    | <input checked="" type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 不明   | 障害など認定  | <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり (身体・精神・知的・難病) |      |  |
| 年金などの種類        | <input type="checkbox"/> 国民年金 <input checked="" 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/連絡先について

|        |   |         |     |              |  |
|--------|---|---------|-----|--------------|--|
| 世帯構成   | <input type="checkbox"/> 独居 * <input type="checkbox"/> 日中独居 <input checked="" type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> 子と同居 <input type="checkbox"/> その他( ) |         |     |              |  |
| 主介護者氏名 | 〇〇 〇〇 (続柄 妻・82才)  | (同居/別居) | TEL | 03-〇〇〇〇-〇〇〇〇 |  |
| キーパーソン | 同上 (続柄 才)   |         | TEL | 同上           |  |
| 後見人    | <input type="checkbox"/> 後見 <input type="checkbox"/> 補助 <input type="checkbox"/> 補佐 氏名： TEL   |         |     |              |  |



### 3. 本人/家族の意向について

|                 |  |
|-----------------|--|
| 本人の趣味・興味・関心領域等  | 若い時から将棋が好きで今でも友人が自宅に来て時々行っている。耳が聞こえないので新聞を隅から隅まで読んでいます。  |
| 本人の生活歴          | 新潟で生まれ東京の工業系の大学を卒業後は大手の企業にて定年まで働く。妻とは見合い結婚で2人の子供を設ける。子育ての時には単身赴任で地方にいたことが多かった。退職後は妻と旅行に出かけることを楽しみにしていた。難聴になってからは閉じこもりがちである。  |
| 入院前の本人の生活に対する意向 | できるだけ排泄・着替え・食事などは自分でおこないたい。妻にはあまり迷惑をかけたくないと思っている。<br><input type="checkbox"/> 同封の居宅サービス計画(1)参照   |
| 入院前の家族の生活に対する意向 | 妻：自分も腰痛があり体の介助は自信がありません。トイレはなんとか自分で行ってほしいと思っています。<br><input type="checkbox"/> 同封の居宅サービス計画(1)参照   |
| ACPIについて        | <input checked="" type="checkbox"/> 話し合ったことがある 最終確認日 令和2年 1月頃 ( <input checked="" type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 医療・介護チーム <input type="checkbox"/> 友人 <input checked="" type="checkbox"/> その他 ケアマネジャー)<br>内容：(耳が聞こえないので病院や施設に行くのは嫌だ。出来るだけ家で社会資源を利用して延命治療など行わず過ごしたい。<br><input type="checkbox"/> 話し合ったことはない 今後医療・介護について相談したい相手( <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 医療・介護チーム <input type="checkbox"/> 友人 <input type="checkbox"/> その他 ) |

### 4. お薬について ※必要に応じて、「お薬手帳(コピー)」を添付

|             |  |          |   |
|-------------|--|----------|---|
| 内服薬         | <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり( )  | 居宅療養管理指導 | <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (職種： ) |
| 薬剤管理        | <input checked="" type="checkbox"/> 自己管理 <input type="checkbox"/> 他者による管理 (・管理者： )   | 管理方法     | ( )   |
| 服薬状況        | <input type="checkbox"/> 処方通り服用 <input checked="" type="checkbox"/> 時々飲み忘れ <input type="checkbox"/> 飲み忘れが多い、処方を守られていない <input type="checkbox"/> 服薬拒否 |          |   |
| かかりつけ薬局     | △△△△薬局   | TEL      | 〇〇〇〇-〇〇〇〇   |
| お薬に関する、特記事項 | 飲み忘れも時折あるので、一包化し日付を記入している。   |          |   |

### 5. かかりつけ医について

|           |              |         |   |
|-----------|--------------|---------|---|
| かかりつけ医機関名 | △△△△クリニック    | 電話番号    | 03-〇〇〇〇-〇〇〇〇  |
| 医師名       | (フリガナ) 〇〇 〇〇 | 診察方法・頻度 | <input checked="" type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 訪問診療・頻度 = ( ) 回 / 月 |

### 6. カンファレンス等について(ケアマネジャーからの希望)

|                     |   |
|---------------------|---|
| 「院内の多職種カンファレンス」への参加 | <input type="checkbox"/> 希望あり   |
| 「退院前カンファレンス」への参加    | <input checked="" type="checkbox"/> 希望あり ・具体的な要望 ( リハビリ職の方にもお話を伺いたいです ) |
| 「退院前訪問指導」を実施する場合の同行 | <input checked="" type="checkbox"/> 希望あり                                |

\* = 診療報酬 退院支援加算 1. 2「退院困難な患者の要因」に関連

# 記入例

### 7. 身体・生活機能の状況/療養生活上の課題について

|   |  |                |  |
|---|--|----------------|--|
| 麻痺の状況   | なし   | <特記>           |  |
| A<br>D<br>L                                     | 移動   | 一部介助           | 移動(室内) <input checked="" type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input checked="" type="checkbox"/> 車いす 移動(屋外) <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input checked="" type="checkbox"/> 車いす |
|   | 移乗   | 見守り            | <特記> バランスが取れず転倒することがある。  |
|   | 更衣   | 見守り            | <特記> 準備されているものを時間をかけて着替えることはできる  |
|   | 整容   | 見守り            | <特記>   |
|   | 入浴   | 一部介助           | <特記> デイサービスで個別浴で介助を受け1回/W ・自宅で妻がシャワー浴介助  |
| 食事  | 見守り  | <特記>           | セッティングにて お箸にて摂取  |
| 食事内容  | 食事回数   | 3回/日           | 朝7時頃 昼13時頃 夕18時頃 食事制限 <input checked="" type="checkbox"/> あり ( ) <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> 不明  |
|   | 食事形態   | 普通             | <特記> UDF等の食形態区分 <input type="checkbox"/> かまなくてよい <特記> 普通食  |
| 口腔  | 摂取方法   | 経口             | 水分とろみ 水分制限 <input type="checkbox"/> あり ( ) <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明  |
|   | 嚥下機能   | 時々むせる          | 口腔清潔 不良 義歯 あり(部分) 口臭 あり  |
| 排泄*   | 排尿   | 見守り            | 排便 見守り ポータブルトイレ なし オムツ/パッド 常時  |
|   |  |                | リハビリパンツ利用し、失禁はなし   |
| 睡眠の状態   | 良  | <特記>           | 眠剤の使用 なし <種類>  |
| 喫煙  | なし   | 本くらい/日 飲酒 なし   | くらい/日あたり   |
| コミュニケーション能力                                     | 視力   | やや難あり          | 眼鏡 あり 聴力 困難 補聴器 あり   |
|   | 言語   | やや難あり          | 意思疎通 やや難あり   |
| コミュニケーションに関する特記事項： 両耳がほぼ聞こえないため 筆談でコミュニケーションを行う |  |                |  |
| 精神面における療養上の問題                                   | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 焦燥・不安 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 暴力/攻撃性 <input checked="" type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 不眠<br><input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 危険行為 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> その他<br><input type="checkbox"/> その他 ( )   |                |  |
| 疾患歴*  | <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> 悪性腫瘍 <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 急性呼吸器感染症 <input type="checkbox"/> 脳血管障害 <input checked="" type="checkbox"/> 骨折<br><input type="checkbox"/> その他 ( )  |                |  |
| 入院歴   | 最近半年間での入院  | あり             | 理由 ( ) 期間 H 年 月 日 ~ H 年 月 日  |
|   | 入院頻度   | 頻度は低いが、これまでもある |  |
| 入院前に実施している医療処置*                                 | <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 経鼻栄養 <input type="checkbox"/> 経腸栄養 <input type="checkbox"/> 褥瘡<br><input type="checkbox"/> 尿道カテーテル <input type="checkbox"/> 尿路ストーマ <input type="checkbox"/> 消化管ストーマ <input type="checkbox"/> 痛みコントロール <input type="checkbox"/> 排便コントロール<br><input type="checkbox"/> 自己注射 ( ) <input type="checkbox"/> その他 ( ) |                |  |

### 8. 入院前の介護サービスの利用状況について

|                 |  |
|-----------------|--|
| 入院前の介護サービスの利用状況 | 同封の書類をご確認ください。<br><input checked="" type="checkbox"/> 居宅サービス計画書 3表(週間予定表) <input type="checkbox"/> 居宅サービス計画書 1. 2表 <input type="checkbox"/> その他( ) |
|-----------------|--|

### 9. 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 | トイレ一人で行くことができる  |
| 退院後の世帯状況   | <input type="checkbox"/> 独居 <input checked="" type="checkbox"/> 高齢世帯 <input type="checkbox"/> 子と同居 (家族構成員数 名)<br>* <input type="checkbox"/> 日中独居 <input type="checkbox"/> その他 ( )               |
| 世帯に対する配慮   | <input type="checkbox"/> 不要 <input checked="" type="checkbox"/> 必要 ( 高齢世帯なので介護が必要な状態であれば社会資源調整が必要 )   |
| 退院後の主介護者   | <input checked="" type="checkbox"/> 本シート2に同じ <input type="checkbox"/> 左記以外 (氏名 続柄 年齢 )  |
| 介護力*       | <input checked="" type="checkbox"/> 介護力が見込める ( <input type="checkbox"/> 十分 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 一部 ) <input type="checkbox"/> 介護力は見込めない<br><input type="checkbox"/> 家族や支援者はいない |
| 特記事項       | (虐待疑いなど)  |

\* = 診療報酬 退院支援加算 1. 2「退院困難な患者の要因」に関連