

医療介護連携票

情報提供元

情報提供先

医療・包括・居宅・施設・事業所

医療・包括・居宅・施設・事業所



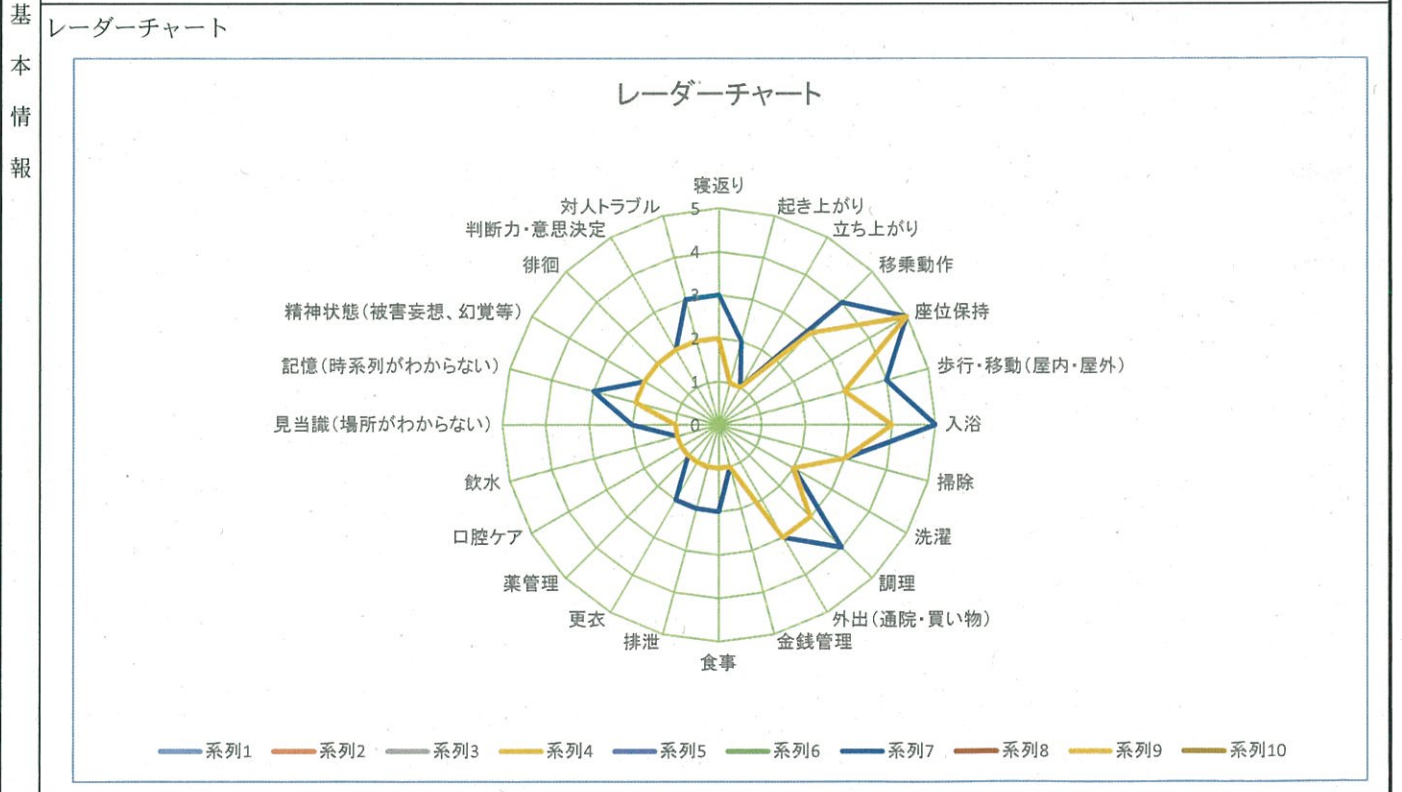
最終更新日

平成 年 月 日

情報提供経緯	この頃忘れっぽくなった	
	主訴	本人 分からない 家族 介護が大変
情報提供承認の有無 有・無 承諾者氏名 様 続柄： 確認者		

ふりがな			性別	住所	〒
氏名	挾間 太郎		男		
生年月日	明・大・昭 15年 6月 1日 歳		女	電話番号	
介護	介護認定	有効期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日		
保険	保険者	介護保険番号	医療保険番号		
身体障害者手帳等			生活保護受給 有・無		
年金等	日常生活自立度		認知症自立度		判断日
家族構成			* 通常連絡先 (キーパーソン)		
			氏名 (続柄)		
			住所		
			TEL		携帯電話
住宅の状況			住宅改修の有無 有・無		

対象者基本情報	特記事項
	生活歴



医療情報	かかりつけ医療機関		診療科		担当医		H 年 月 日		
	主病名 #1		*処方内容 (持参薬)				H 年 月 日		
	現病歴 発症日		平成 年 月						
	基礎疾患	#2		平成 年 月					
		#3		平成 年 月					
		#4		平成 年 月					
		#5		平成 年 月					
#6		平成 年 月							
薬物アレルギー				感染症等					
障害高齢者の生活自立度		<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"/> II <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M			
医療的指示等		目を離さないこと							
身体情報	1) 麻痺	有・無	部位						
	2) 筋力低下	有・無	部位						
	3) 関節の拘縮	有・無	部位						
	4) 慢性疼痛	有・無	部位						
	5) 視力障害	有・無	生活支障 有・無						
	6) 聴覚障害	有・無	生活支障 有・無						
	7) 言語障害	有・無	生活支障 有・無						
	8) 嚥下障害	有・無	生活支障 有・無						
	9) 皮膚疾患	有・無	部位						
		褥瘡	有・無	部位					
10) 検査値等		ヘモグロビン		アルブミン		HbA1c		その他	
* 身体計測		身長		cm	体重		kg	測定日 H 年 月 日	
精神及び心の情報	1) 認知症	有・無	病名						
	① 周辺状況	有・無							
	② HDS-R		点						
	2) 不眠症	有・無	内服薬						
	3) 高次脳機能障害	有・無							
	4) 意識障害	有・無							
	5) コミュニケーション障害	有・無	難病・失語・その他						
	6) 精神障害	有・無	うつ病・総合失調症・その他						
	7) 社会生活障害	有・無	人格障害・孤独感・ひきこもり						
	8) うつ状態	有・無							
9) その他	有・無								
歯科情報	かかりつけ歯科医療機関		担当歯科医		H 年 月 日				
	1) 歯科口腔疾患	有・無			4) 口腔ケアの注意点など				
	2) 義歯の有無	有・無			歯磨きの指導をすること				
	3) 定期診察の必要性	有・無							
薬剤情報	かかりつけ薬局		担当薬剤師		H 年 月 日				
	1) 薬の管理	自立・一部介助・全介助		4) 他院処方	有・無				
	2) 服薬状況 (残薬確認)								
	3) 家族の協力	有・無							
	5) 服薬の注意点	服薬確認すること							
看護	担当医療機関		担当者		H 年 月 日				
	1) 注意点	見守りを継続する							
リハビリ	担当医療機関		担当者		H 年 月 日				
	訓練内容		*添書 有・無		*訓練に対する本人の意欲				
	1) 機能訓練								
	2) 物理療法								
	3) 装具等								
4) リハビリの注意点	楽しみながら昔を思い出すリハビリをする								

居宅支援事業所								担当介護支援専門員		H 年 月 日		
在宅介護生活状況	1) 居宅サービス	曜日										
	サービス種別	月	火	水	木	金	土	日	事業所名	注意点	備考	
	訪問介護									見守り注意		
	通所介護									通所時、所在確認に注意		
	その他のサービス	サービス種別						事業所名		注意点	備考	
	2) 他介護保険サービス											
	3) 福祉用具貸与											
	4) インフォーマルサービス											
6) その他												
分野	評価項目		評価尺度					評価点	備考			
身体面	1) 寝返り	1	2	3	4	5	3					
	2) 起き上がり	1	2	3	4	5	2					
	3) 立ち上がり	1	2	3	4	5	1					
	4) 移乗動作	1	2	3	4	5	4					
	5) 座位保持	1	2	3	4	5	5					
	6) 歩行・移動(屋内・屋外)	1	2	3	4	5	4					
生活面	1) 入浴	1	2	3	4	5	5					
	2) 掃除	1	2	3	4	5	3					
	3) 洗濯	1	2	3	4	5	2					
	4) 調理	1	2	3	4	5	4					
	5) 外出(通院・買い物)	1	2	3	4	5	3					
	6) 金銭管理	1	2	3	4	5	1					
健康面	1) 食事	1	2	3	4	5	2					
	2) 排泄	1	2	3	4	5	2					
	3) 更衣	1	2	3	4	5	2					
	4) 薬管理	1	2	3	4	5	1					
	5) 口腔ケア	1	2	3	4	5	1					
	6) 飲水	1	2	3	4	5	1					
精神認知面	1) 見当識(場所がわからない)	1	2	3	4	5	2					
	2) 記憶(時系列がわからない)	1	2	3	4	5	3					
	3) 精神状態(被害妄想、幻覚等)	1	2	3	4	5	2					
	4) 徘徊	1	2	3	4	5	2					
	5) 判断力・意思決定	1	2	3	4	5	2					
	6) 対人トラブル	1	2	3	4	5	3					
	社会参加	1	2	3	4	5						
食事	1) 摂取方法	自立・一部介助・全介助						3) 水分摂取状況	問題	あり・なし		
	2) 食事形態	主食・副食 栄養量						4) 治療食の有無				
	管理栄養士等の意見・注意点							5) 嗜好/禁忌食品				
特記事項												

ケアカンファランスシート

患者氏名	挟間 太郎			男・女	生年月日	T・S 15 年 6 月 1 日	開催日	平成	年	月	日
カンファランス参加者				<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 30%;"> <p>ケアサイクル</p> <p style="font-size: small;">退院前会議 E</p> <p style="font-size: small;">増悪期：オレンジ、安定期：緑、回復期：黄色、急性期：赤</p> </div> <div style="width: 30%; text-align: right;"> <p>リスク判定因子</p> <p><input type="checkbox"/> 低アルブミン血症</p> <p><input type="checkbox"/> 心不全</p> <p><input type="checkbox"/> 腎不全</p> <p><input type="checkbox"/> 呼吸不全</p> <p><input type="checkbox"/> 脳血管障害の既往</p> <p><input type="checkbox"/> 心筋梗塞の既往</p> <p><input type="checkbox"/> 末期がん</p> <p><input type="checkbox"/> コントロール不良の糖尿病</p> <p><input type="checkbox"/> 認知症</p> <p><input type="checkbox"/> 緊急性のある認知症周辺症状</p> <p><input type="checkbox"/> 食欲低下</p> <p><input type="checkbox"/> 嚥下困難</p> <p><input type="checkbox"/> 口腔ケア不可</p> <p><input type="checkbox"/> 閉じこもり</p> <p><input type="checkbox"/> 家族の体調不良</p> <p>判定 低・中・高</p> </div> </div>							
会議種類	A B C D E	参加者氏名									
ケアマネ	A B C D E										
本人	A B C D E										
家族	A B C D E										
主治医	A B C D E										
歯科医師	A B C D E										
薬剤師	A B C D E										
訪問看護師	A B C D E										
理学療法士	A B C D E										
作業療法士	A B C D E										
ヘルパー	A B C D E										
通所サービス	A B C D E										
管理栄養士	A B C D E										
訪問入浴	A B C D E										
	A B C D E										
	A B C D E										
	A B C D E										

会議の目的（ケアマネ提案）

この頃忘れっぽくなった

本人及び家族の方針や希望

本人 分からない

家族 介護が大変

カンファランスコメント（各職種）

かかりつけ医	目を離さないこと
歯科医師	歯磨きの指導をすること
薬剤師	服薬確認すること
看護師等	見守りを継続する
理学療法士 作業療法士	楽しみながら昔を思い出すリハビリをする
ヘルパー	見守り注意
通所サービス	通所時、所在確認に注意
その他の職種	

問題点

①	
②	
③	
④	

対策

①	
②	
③	
④	