

情報連携シート《医療・介護ネットワーク研究会》

記載日：H28年 2月28日 記載者：

氏名	南知多 太郎	性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日	S1年 1月 1日 87歳		
住所	知多郡南知多町大字豊丘字孫廻間86番地				TEL：0569-65-1111		
主病名	アルツハイマー型認知症		主治医	南知多病院 牧 佐知子Dr			
既往歴	結核【 <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無】 アレルギー【 <input checked="" type="checkbox"/> 有（青魚・花粉） <input type="checkbox"/> 無】 脳梗塞（H20年1月） 糖尿病（H15年1月～〇〇病院） ペースメーカー（H15年頃）		感染症	HBs【 <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明】 HCV【 <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明】 梅毒【 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 不明】 疥癬【 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 不明】 MRSA【 <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明】			
介護保険（※）	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 再認定中 <input type="checkbox"/> 無 要介護 <input type="checkbox"/> 5 <input checked="" type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 要支援 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 有効期限：H25年12月31日迄		障害者手帳（※）	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 申請中 【 <input type="checkbox"/> 精神 <input checked="" type="checkbox"/> 身体 <input type="checkbox"/> 療育 1級】 有効期限：H 年 月末			
			収入	<input type="checkbox"/> 障害年金 <input checked="" type="checkbox"/> 老齢年金 <input type="checkbox"/> その他 年金月額：20万円程度			
住宅（※）	<input checked="" type="checkbox"/> 一戸建て【 <input type="checkbox"/> 持家 <input type="checkbox"/> 借家 <input checked="" type="checkbox"/> 不明】 <input type="checkbox"/> 集合住宅 階【エレベーター： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無】						
連絡先	①南知多 一郎（長男）0569-65-1111 090-1111-2222 ②南知多 花子（妻）090-3333-4444 ③南知多 次郎（次男）090-5555-6666 ケアマネ：ケアプラン魚太郎 豊浜 太郎 TEL0569-11-1111			家族構成 キーパーソン：妻 <input type="checkbox"/> 単身 <input type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input checked="" type="checkbox"/> 同居あり 			
家族関係希望	家族の受入： <input checked="" type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良 特に問題なく、家族関係良好。次男夫婦も近所に住んでおり、介護にも協力的。 特養へ申込はされるも、基本的には在宅介護を希望している。						
介護力介護状況	日中は、妻と長男の妻で介護している。次男夫婦も協力的であり問題はない。月に数回ショートステイを利用している。						
生活歴	3人同胞第3子次男として出生。中学を卒業後、地元の金融機関へ就職。25歳のとき妻と結婚をする。40歳時〇〇役場へ転職、定年まで勤める。 定年後は、自宅の畑で作物を作ったり、地区の行事などにも積極的に参加していた。						
障害高齢者の日常生活自立度 【 <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 checked="" type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2】							
認知症高齢者の日常生活自立度 【 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input checked="" type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M】							
介護サービス利用状況	日曜日	月曜日 デイサービス	火曜日 デイサービス	水曜日 ヘルパー (2時間)	木曜日 デイサービス	金曜日 デイサービス	土曜日
（※）	ショートステイ・福祉用具利用状況など 介護ベットレンタル。						

経過 現状 問題行為	<input type="checkbox"/> 暴力 <input checked="" type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 幻聴 <input type="checkbox"/> 幻覚 <input checked="" type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 抑うつ <input type="checkbox"/> 不安 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> せん妄 <input checked="" type="checkbox"/> 独語 <input checked="" type="checkbox"/> 失見当 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input checked="" type="checkbox"/> 睡眠障害 <input checked="" type="checkbox"/> 介護抵抗 <input type="checkbox"/> 盗癖 <input type="checkbox"/> 収集癖 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 性的問題行動 【 <input type="checkbox"/> 長谷川式 <input type="checkbox"/> MMSE (点) 実施日： 年 月 日】 H25年1月下旬より不眠となり、昼夜逆転傾向となる。その頃より、もの忘れが酷くなり始める。2月に入り介護拒否が出てきて、家族は困るようになる。物を取られたと言ったり、泥棒がいる等、被害妄想の様な発言が多く見られるようになる。その後、家族に対しても暴言がひどくなり、南知多病院を受診となる。		
	日中の 過ごし方	基本的にはデイサービスを利用している。自宅ではTVを見て過ごしている。	
対応 接し方	プライドが高く、こだわりが強い。感謝されたり、褒められると機嫌が良く、介護やリハビリにも協力的。		
生活	睡眠	<input checked="" type="checkbox"/> 不良 <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不明 【眠前薬： <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（服用時間： 時 分頃） 睡眠時間： 時間】	
	寝具	<input type="checkbox"/> 布団 <input checked="" type="checkbox"/> ベッド【柵： <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ 点）】	
	医療 ・ 頓服	薬の管理： <input type="checkbox"/> 自己管理 <input checked="" type="checkbox"/> 家族管理 <input type="checkbox"/> 病院管理 <input type="checkbox"/> その他（ ） 予防接種：【インフル： <input type="checkbox"/> 未 <input checked="" type="checkbox"/> 済／肺炎球菌： <input checked="" type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 済（ 年 月）】 褥 瘡： <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有【部位： 】 不眠時： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有【使用頻度： W／ 回程度】 薬剤名： 不穏時： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有【使用頻度： W／ 回程度】 薬剤名： 便秘時： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有【（ ） 日便秘時（ ） 使用】	
		移動	方 法 <input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input checked="" type="checkbox"/> 車椅子【移乗 <input checked="" type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可】 介助内容：見守り程度で移乗可能。移動について自走不可。
ADL	食事	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> その他（ ）【摂取方法： <input checked="" type="checkbox"/> 箸 <input type="checkbox"/> スプーン】 主 食 <input checked="" type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> 5分粥 <input type="checkbox"/> 3分粥 <input type="checkbox"/> ミキサー粥 副 食 <input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> 小刻み <input type="checkbox"/> ミキサー 介助内容・アレルギー：【自己摂取： <input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助】 配膳をすれば自己摂取可能。青魚アレルギーあり。	
		口腔	義 歯 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有【上： <input type="checkbox"/> 全部 <input checked="" type="checkbox"/> 一部 下： <input checked="" type="checkbox"/> 全部 <input type="checkbox"/> 一部】 管理方法：家族で管理をしている。
		排泄	日 中 <input type="checkbox"/> トイレ <input checked="" type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input checked="" type="checkbox"/> リハビリパンツ <input type="checkbox"/> おむつ 夜 間 <input type="checkbox"/> トイレ <input checked="" type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input checked="" type="checkbox"/> リハビリパンツ <input type="checkbox"/> おむつ 尿 意 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> バルン <input type="checkbox"/> 不明【失禁： <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無】 便 意 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> ストマ <input type="checkbox"/> 不明【最終排便： 月 日】 介助内容：なし
	入浴		場所(※) <input type="checkbox"/> 自宅風呂 <input checked="" type="checkbox"/> 通所 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> その他（ ） <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助【 <input type="checkbox"/> 一般浴 <input type="checkbox"/> 清拭 <input type="checkbox"/> 特殊浴】 介助内容：【最終入浴： 2月28日】 基本的に見守り程度で可能であるが、手の届かないところがあり、介助。
			更衣
	難聴	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有【 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左】（対応方法： ）	
備考			