

情報連携シート《医療・介護ネットワーク研究会》

記載日： 年 月 日 記載者：

氏名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日	年 月 日	歳	
住所						TEL：	
主病名			主治医				
既往歴	結核【 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無】 アレルギー【 <input type="checkbox"/> 有（ ） <input type="checkbox"/> 無】		感染症	HBs【 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明】 HCV【 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明】 梅毒【 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明】 疥癬【 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明】 MRSA【 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明】			
介護保険 (※)	<input 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 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： 年 月 日迄		障害者 手帳 (※)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 申請中 【 <input type="checkbox"/> 精神 <input type="checkbox"/> 身体 <input type="checkbox"/> 療育 級】 有効期限：H 年 月末			
			収入 (※)	<input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 老齢年金 <input type="checkbox"/> その他 年金月額：			
住宅(※)	<input type="checkbox"/> 一戸建て【 <input type="checkbox"/> 持家 <input type="checkbox"/> 借家 <input 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 ② ③ ケアマネ：		家族構成 キーパーソン： <input type="checkbox"/> 単身 <input type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> 同居あり				
家族 関係 希望	家族の受入： <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良						
介護力 介護状況							
生活歴							
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 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"/> II a <input type="checkbox"/> II b <input type="checkbox"/> III a <input type="checkbox"/> III b <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M】							
介護 サービス 利用状況 (※)	日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日
	ショートステイ・福祉用具利用状況など						

氏名：

記載日： 年 月 日

経過 現状 問題行為	<input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 幻聴 <input type="checkbox"/> 幻覚 <input 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 type="checkbox"/> 独語 <input type="checkbox"/> 失見当 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 睡眠障害 <input 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】		
	日中の 過ごし方		
対応 接し方			
生活	睡眠	<input type="checkbox"/> 不良 <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不明 【眠前薬： <input 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 type="checkbox"/> ベッド【柵： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(点)】	
	医療 ・ 頓服	薬の管理： <input type="checkbox"/> 自己管理 <input 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 type="checkbox"/> 済/肺炎球菌： <input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 済(年 月)】 褥 瘡： <input 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 type="checkbox"/> 車椅子【移乗 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可】 介助内容：
ADL	食事	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> その他()【摂取方法： <input type="checkbox"/> 箸 <input type="checkbox"/> スプーン】 主 食 <input 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 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 type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助】	
		口腔	義 歯 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有【上： <input type="checkbox"/> 全部 <input type="checkbox"/> 一部 下： <input type="checkbox"/> 全部 <input type="checkbox"/> 一部】 管理方法：
		排泄	日 中 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> リハビリパンツ <input type="checkbox"/> おむつ 夜 間 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> リハビリパンツ <input type="checkbox"/> おむつ 尿 意 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> バルン <input type="checkbox"/> 不明【失禁： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無】 便 意 <input 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：
	入浴		場所(※) <input type="checkbox"/> 自宅風呂 <input 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 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： 月 日】
更衣			<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 介助内容：
	難聴	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有【 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左】(対応方法： ())	
備考			

*医療機関からのサマリーとして使用の場合は(※)は記載不用。 医療・介護ネットワーク研究会