



墨田区標準様式 多職種連携情報シート

関係機関名

病院

様

作成 更新

(令和4年2月版)

シート作成元

令和 4 年 2 月 5 日

事業所名	<input type="radio"/> 居宅介護支援事業所		
所在地	〒130-8640 墨田区吾妻橋1-2-20		
TEL		FAX	〇〇〇〇
担当者	子		

ご本人の承諾を得てお渡しします。

感染症のまん延等により渡せないため、ご本人の承諾によりグレーの欄の個人情報等を空欄でFAX送信します。空欄の情報は電話で伝えます。
自由記述欄に本人や家族等の個人が特定できる情報がある場合は、その情報を空欄とし、グレーの欄と同様に、電話で伝えます。

疾病等の状況からご本人の承諾を得ることが困難ですが、(下記)の7, 8及びの(2)第三者提供の例外に則りお渡しします。

フリガナ		生年月日	
本人氏名	様	男・女	M・T・S 年 月 日生(歳)
住所	TEL		/FAX
	携帯TEL		

シートを共有したら

病院主治医	病院名・主治医名 <input type="radio"/> 病院	連絡先	<input checked="" type="checkbox"/> シート共有
	入院日 令和 4 年 2 月 5 日 ~ 退院(予定日) 令和 年 月 日		
	急変時の受人(可・不可)		
在宅主治医	医療機関名・主治医名 クリニック	連絡先	<input checked="" type="checkbox"/> シート共有
	かかりつけ歯科・歯科医師名 デンタルクリニック	連絡先	<input checked="" type="checkbox"/> シート共有
	かかりつけ薬局 お薬手帳(有・無) 薬局・薬剤師名	連絡先	<input type="checkbox"/> シート共有
	訪問看護ステーション・担当者名 訪問看護ステーション	連絡先	<input checked="" type="checkbox"/> シート共有
	その他()	連絡先	<input type="checkbox"/> シート共有
担当ケアマネジャー	<input type="radio"/> 居宅介護支援事業所	連絡先 -	<input checked="" type="checkbox"/> シート共有

【担当ケアマネジャーから】

長女は介護に積極的で、ご本人、長女ともに出来るだけ在宅生活を希望されています。

介護保険情報

<input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 区分変更中 <input checked="" type="checkbox"/> 認定済	認定日 令和 3 年 5 月 10 日	保険者 墨田区
介護予防マネジメント・要支援()・要介護(3)	被保険者番号	
(3 年 5 月 10 日 ~ 4 年 5 月 30 日)	負担割合(1 割)	介護保険負担限度額認定 <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無
介護保険サービス利用状況(種別・頻度等)	介護保険外サービス利用状況(内容・頻度等)	
デイサービス/月、水、金(入浴含む)週3回		
ホームサービス/火、木(昼、夜2回)週2回		
訪問看護ステーション/月2回		
障害等認定 身障()、療育()、精神()、難病()その他()		

受診状況

(主治医意見書作成者に)

現病歴	発症年月日	受診医療機関名(診療科目・主治医名)	連絡先()
アルツハイマー型認知症	令和2年2月	<input type="checkbox"/> クリニック	
		<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	
認知症の確定診断 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	令和2年2月	<input type="checkbox"/> 病院	

【病歴・服薬状況・家族状況等の特記事項(アレルギー、禁忌薬等が判明していればここに記入)】

就業している長女と二人暮らし。日中独居。長女は自宅で介護していく事に意欲的。既往歴は特になし。
現在アリセプト内服中。薬のアレルギーや禁忌薬品はない。

【生活や療養についての本人の意向】

出来るだけ自宅で過ごしたい。
長女に迷惑をかけたくない。

【生活や療養についての家族の意向】

自宅で一緒に過ごしたい。
認知症の症状を進ませたくない。

生活状況

経済状況	<input checked="" type="checkbox"/> 国民年金 <input 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()		
住居環境	(1)持家・賃貸 (2)建・集合住宅 3.エレベーター <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 4.風呂 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (段差 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)		
	5.トイレ <input type="checkbox"/> 洋式 <input type="checkbox"/> 和式 6.その他()		
家族構成	これまでの職業、家庭生活、趣味、習慣など(生活歴)		
<input checked="" type="checkbox"/> 日中独居	就業歴はない。専業主婦だった。		
緊急連絡先(氏名)	性別	続柄	世帯
			<input type="checkbox"/> 同 <input type="checkbox"/> 別
			<input type="checkbox"/> 同 <input type="checkbox"/> 別
			<input type="checkbox"/> 同 <input type="checkbox"/> 別
			連絡先()他
			介護力 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
			成年後見者

『医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス』 個人情報保護委員会、厚生労働省 平成29年4月14日

記入例【表】
(FAXの場合)

グレーの欄は記載せず
空欄でFAX送信してくだ
さい。(FAX送信後に電

グレーの欄は記載せず
空欄でFAX送信してくだ
さい。(FAX送信後に電

グレーの欄でなくても、
個人を特定できる情報
は空欄でFAX送信してく
ださい。(FAX送信後に電

グレーの欄は記載せず
空欄でFAX送信してくだ
さい。(FAX送信後に電

