



墨田区標準様式 記入例

作成 更新

令和 2 年 2 月 3 日

多職種連携情報シート

シート作成元

関係機関名

○△病院

様

事業所名	○△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	○○○○—○○○○
担当者	○○ △子		

ご本人の承諾を得てお渡します。

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）IIの7、8及びIIIの（2）第三者提供の例外②に則りお渡します。

フリガナ	●●●● ●●●●	生年月日			
本人氏名	○○ ○○ 様	男・女	男・ <input checked="" type="radio"/> 女	M・T・S	5年 1月 2日生（90歳）
住所	墨田区吾妻橋△一△一△		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	○△病院	連絡先	△△△△—●●●●	<input checked="" type="checkbox"/> シート共有
	入院日	令和 2年 2月 3日 ~ 退院（予定日）	令和 年 月 日	急変時の受入（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	○△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 1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	1234567890		
（令和1年 5月 10日 ~ 令和2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（TEL）
アルツハイマー型認知症	平成30年2月	<input checked="" 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	平成30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。既往歴は特にない。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	<input checked="" type="checkbox"/> 持家・賃貸		<input checked="" type="checkbox"/> 戸建・集合住宅		<input type="checkbox"/> 3.エレベーター <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		<input type="checkbox"/> 4.風呂 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無（段差 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無）		
	5.トイレ <input checked="" 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	連絡先（TEL）他	介護力	成年後見者
○○ □□				女	長女	<input checked="" type="checkbox"/> 同 <input type="checkbox"/> 別	○○○—○○○○—○○○	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
						<input type="checkbox"/> 同 <input type="checkbox"/> 別		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
						<input type="checkbox"/> 同 <input type="checkbox"/> 別		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	