



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(2)の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	〇〇 〇〇 様	男・ <input checked="" type="radio"/> 女	M・T・ <input checked="" type="radio"/> S 7年 1月 2日生(90歳)
住所	墨田区吾妻橋	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	1234567890		
(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 <input checked="" type="checkbox"/> 2.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 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 <input type="checkbox"/> 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()他	介護力	成年後見者	
〇	女	長女	<input checked="" type="checkbox"/> 同 <input type="checkbox"/> 別	〇〇 〇〇 〇 〇 〇	<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		

『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】
(手渡しの場合)

このシートを手渡する場合は、グレーの欄も記載してください。

このシートを手渡する場合は、グレーの欄も記載してください。

このシートを手渡する場合は、個人を特定できる情報も記載して差し支えありません。

このシートを手渡する場合は、グレーの欄も記載してください。

記入例【裏】
(手渡しの場合)

本人氏名欄。
このシートを手渡しする
場合は、グレーの欄も記
載してください。

病名と経過
アルツハイマー型認知症と診断。
アリセプト内服中。

医師からの病状説明の内容 告知 有 無
本人、家族にアルツハイマー型認知症と説明している。

本人・家族の病気の受け止め方
認知症と診断されたのはショックだったが、症状を
安定させて在宅で過ごしたい。

希望する最期の場所(本人・家族)
まだ話し合っていない。

終末期の医療処置の希望
まだ話し合っていない。

酸素療法 有 無 /m(労作時) /m)

気管切開 有 無

経管栄養 有 無 胃瘻・経鼻

点滴・自己注射 有 無

透析 有 無

ストマ 有 無

カテーテル 有 無 最終交換日 /

皮膚疾患 有 無

褥瘡 有 無

感染症 有 不明 無
HBV・HCV・その他

その他

身体情報
麻痺 部位()
拘縮 部位()
筋力低下 部位()
痛み 部位()

リハビリ
リハビリ 必要性: 無・有 運動制限 有 無
目標

ADL
寝返り 自立 見守り 一部介助 全介助
起き上がり 自立 見守り 一部介助 全介助
座位 自立 一部介助 背もたれ 不可
移乗 自立 見守り 一部介助 全介助
移動 自立 見守り 一部介助 全介助
 車椅子 杖 歩行器
整髪・洗顔 自立 見守り 一部介助 全介助
更衣 自立 見守り 一部介助 全介助
入浴(可・不可) 自立 見守り 一部介助 全介助
体温 37度 以上・以下
血圧 140/90 以上・以下
その他必要な福祉用具

食事
食事内容 普通食 治療食 経管栄養
カロリー 塩分 蛋白 その他
g g
主食 米飯 全粥 ミキサー ゼリー
副食 通常 一口大 刻み 極刻み
 ミキサー とろみ ムース
摂取状況 自立 見守り 一部介助 全介助
 セッティング必要 咀嚼・嚥下 要注意
摂取量 主食 10 割 副食 10 割
摂取時間 20 分
水分摂取 自立 要声かけ 一部介助 全介助
 とろみ ゼリー 一日量 ml
水分制限 無 有 一日 ml※
口腔状態 自歯 義歯 無 有 使用可 不可
 良好 不良 歯周病 虫歯
口腔ケア 自立 見守り 一部介助 全介助
 ベッド上 洗面所
アレルギー なし あり ()

排泄
排泄行為 自立 見守り 一部介助 全介助
日中 トイレ ポータブル 尿器 オムツ
夜間 トイレ ポータブル 尿器 オムツ
尿意 有 有(失禁) 無(失禁) カテーテル
便意 有 有(失禁) 無(失禁) スタマ
オムツ テープ式 パンツ式 パット
排便コントロール 良好 不良 最終排便 /
内容()

A
調理 自立 要介助 (一部介助)
掃除 自立 要介助 (一部介助)
洗濯 自立 要介助 (一部介助)
買い物 自立 要介助 (長女が行っている)
ゴミ出し 自立 要介助 (長女が行っている)
火気管理 自立 要介助 (長女が行っている)
D
金銭管理 自立 要介助 (長女が行っている)
L
電話の利用 自立 要介助 (一部介助)
交通機関利用 自立 要介助 (一部介助)
通院 自立 要介助 (長女が行っている)
薬の管理 自立 要介助 ()

その他
視力 問題なし 大きな字 人の顔認識 殆ど見えない
眼鏡使用 無 有
聴力 問題なし 大きな声 補聴器 殆ど聞こえない
言語 問題なし 問題あり ()
意思疎通 できる 簡単なことは可 困難
認知症自立度 自立・ a・ b・ a・ b・ M
BPSD 不穏 幻視幻聴 妄想 暴言暴力
 介護拒否 不潔行為 危険行為 昼夜逆転
 徘徊迷 他 ()
社会参加 なし あり ()
対人交流 なし あり ()
地域の協力 なし あり (近所に親戚宅あり)

介護力
介護指導の内容と達成状況
・ご本人の生活状況を変えないようにすること。
・ご本人ができることは、あまり手を出さず、声掛けやお手
伝いをするような感じで接するようにと長女に伝えている。

以前(入院前)の状況と比べ変化した部分・療養上の注意
退院カンファレンスで特記すべきことを書きましょう。

医療情報

食事

排泄

A

D

L

その他

介護力