

記入日： 年 月 日
 入院日： 年 月 日
 情報提供日： 年 月 日

入院時情報提供書

医療機関 ← 在宅介護支援事業所

医療機関名： _____ 事業所名： _____
 ご担当者名： _____ ケアマネジャー氏名： _____
 TEL： _____ FAX： _____

利用者(患者)/家族の同意に基づき、利用者情報(身体・生活機能など)の情報を送付します。是非ご活用下さい。

1. 利用者(患者)基本情報について

患者氏名	<small>(フリガナ)</small>	年齢	才	性別	男 女	
		生年月日	明・大・昭	年 月 日 生		
住所	〒	電話番号				
住環境 <small>※可能ならば、「写真」などを添付</small>	住居の種類（戸建て・集合住宅）、__階建て、居室__階、エレベーター（有・無） 特記事項（ _____ ）					
入院時の要介護度	<input type="checkbox"/> 要支援（ ） <input type="checkbox"/> 要介護（ ） 有効期間： 年 月 日 ~ 年 月 日 <input type="checkbox"/> 申請中(申請日 /) <input type="checkbox"/> 区分変更(申請日 /) <input type="checkbox"/> 未申請					
障害高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <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				<input type="checkbox"/> 医師の判断	
認知症高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M				<input type="checkbox"/> ケアマネジャーの判断	
介護保険の自己負担割合	<input type="checkbox"/> __割 <input type="checkbox"/> 不明	障害など認定	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（身体・精神・知的）			
年金などの種類	<input 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(_____)					

2. 家族構成/連絡先について

世帯構成	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> 子と同居 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ） <small>* <input type="checkbox"/> 日中独居</small>				
主介護者氏名	(続柄 ・ 才)	(同居・別居)	TEL		
キーパーソン	(続柄 ・ 才)	連絡先	TEL		

3. 本人/家族の意向について

本人の趣味・興味・関心領域等	
本人の生活歴	
入院前の本人の生活に対する意向	<input type="checkbox"/> 同封の居宅サービス計画(1)参照
入院前の家族の生活に対する意向	<input type="checkbox"/> 同封の居宅サービス計画(1)参照

4. 入院前の介護サービスの利用状況について

入院前の介護サービスの利用状況	同封の書類をご確認ください。 <input type="checkbox"/> 居宅サービス計画書1.2.3表 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）
-----------------	--

5. 今後の在宅生活の展望について（ケアマネジャーとしての意見）

在宅生活に必要な要件	
退院後の世帯状況	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢世帯 <input type="checkbox"/> 子と同居（家族構成員数 _____ 名） * <input type="checkbox"/> 日中独居 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）
世帯に対する配慮	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要（ _____ ）
退院後の主介護者	<input type="checkbox"/> 本シート2に同じ <input type="checkbox"/> 左記以外（氏名 _____ 続柄 _____ ・年齢 _____ ）
介護力*	<input type="checkbox"/> 介護力が見込める（ <input type="checkbox"/> 十分 ・ <input type="checkbox"/> 一部 ） <input type="checkbox"/> 介護力は見込めない <input type="checkbox"/> 家族や支援者はいない
家族や同居者等による虐待の疑い*	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ _____ ）
特記事項	

6. カンファレンス等について（ケアマネジャーからの希望）

「院内の多職種カンファレンス」への参加	<input type="checkbox"/> 希望あり
「退院前カンファレンス」への参加	<input type="checkbox"/> 希望あり ・具体的な要望（ _____ ）
「退院前訪問指導」を実施する場合の同行	<input type="checkbox"/> 希望あり

* = 診療報酬 退院支援加算 1, 2「退院困難な患者の要因」に関連

7. 身体・生活機能の状況／療養生活上の課題について

麻痺の状況		なし	軽度	中度	重度	褥瘡の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()			
ADL	移動	自立	見守り	一部介助	全介助	移動(室内)	<input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行者 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他			
	移乗	自立	見守り	一部介助	全介助	移動(屋外)	<input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行者 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他			
	更衣	自立	見守り	一部介助	全介助	起居動作	自立	見守り	一部介助	全介助
	整容	自立	見守り	一部介助	全介助					
	入浴	自立	見守り	一部介助	全介助					
	食事	自立	見守り	一部介助	全介助					
食事内容	食事回数	() 回/日 (朝 時頃 ・ 昼 時頃 ・ 夜 時頃)				食事制限	<input type="checkbox"/> あり () <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明			
	食事形態	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> きざみ <input type="checkbox"/> 嚥下障害食 <input type="checkbox"/> ミキサー				UDF等の食形態区分				
	摂取方法	<input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経管栄養		水分とろみ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	水分制限	<input type="checkbox"/> あり () <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明			
口腔	嚥下機能	むせない	時々むせる	常にむせる	義歯	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(部分・総)				
	口腔清潔	良	不良	著しく不良	口臭	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり				
排泄*	排尿	自立	見守り	一部介助	全介助	ポータブルトイレ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 夜間 <input type="checkbox"/> 常時			
	排便	自立	見守り	一部介助	全介助	オムツ/パッド	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 夜間 <input type="checkbox"/> 常時			
睡眠の状態		良	不良 ()		眠剤の使用	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり				
喫煙		無	有 _____本くらい/日		飲酒	無	有 _____合くらい/日あたり			
コミュニケーション能力	視力	問題なし	やや難あり	困難	眼鏡	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()				
	聴力	問題なし	やや難あり	困難	補聴器	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり				
	言語	問題なし	やや難あり	困難	コミュニケーションに関する特記事項:					
	意思疎通	問題なし	やや難あり	困難						
精神面における療養上の問題		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 焦燥・不穏 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 暴力/攻撃性 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 危険行為 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> その他 ()								
疾患歴*		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 悪性腫瘍 <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 急性呼吸器感染症 <input type="checkbox"/> 脳血管障害 <input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> その他 ()								
入院歴*	最近半年間での入院	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (理由: _____ 期間: H 年 月 日 ~ H 年 月 日) <input type="checkbox"/> 不明								
	入院頻度	<input type="checkbox"/> 頻度は高い/繰り返している <input type="checkbox"/> 頻度は低いが、これまでもある <input type="checkbox"/> 今回が初めて								
入院前に実施している医療処置*		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 経鼻栄養 <input type="checkbox"/> 経腸栄養 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 尿道カテーテル <input type="checkbox"/> 尿路ストーマ <input type="checkbox"/> 消化管ストーマ <input type="checkbox"/> 痛みコントロール <input type="checkbox"/> 排便コントロール <input type="checkbox"/> 自己注射 () <input type="checkbox"/> その他 ()								

8. お薬について ※必要に応じて、「お薬手帳(コピー)」を添付

内服薬	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	居宅療養管理指導	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (職種: _____)
薬剤管理	<input type="checkbox"/> 自己管理 <input type="checkbox"/> 他者による管理 (・管理者: _____ ・管理方法: _____)		
服薬状況	<input type="checkbox"/> 処方通り服用 <input type="checkbox"/> 時々飲み忘れ <input type="checkbox"/> 飲み忘れが多い、処方が守られていない <input type="checkbox"/> 服薬拒否		
お薬に関する、特記事項			

9. かかりつけ医について

かかりつけ医機関名		電話番号	
医師名	(フリガナ)	診察方法・頻度	<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 訪問診療 ・頻度 = () 回 / 月

* = 診療報酬 退院支援加算 1. 2「退院困難な患者の要因」に関連

在宅介護情報提供書

居宅介護支援事業所 - 医療機関
介護保険事業所

主治医・入院用
介護保険事業所

御中

記入日

フリガナ					性別	生年月日				
氏名	様								〇歳	
住所					電話	0544 - -				
主介護者	様				続柄	TEL	0544 - -			
						携帯	090 - -			
緊急連絡先	様				続柄	TEL	0544 - -			
						携帯	090 - -			
生活状況					家族状況 (家族構成図)					
介護度										
有効期間	～				身長	cm	体重	kg		
障害高齢者 日常生活自立度	認知症高齢者 日常生活自立度	身体障害者手帳 種級		<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	身体障害者重度医療助成券				
				<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無					
介護サービス 利用状況										
病名					処方薬					
					特別 医療					
身体状況	麻痺	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無		特記事項					
	歩行	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助		<input type="checkbox"/> 全介助				
	歩行補助具	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 車いす	<input type="checkbox"/> 歩行器		<input type="checkbox"/> 杖				
	食事	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助		<input type="checkbox"/> 全介助				
	食事形態	<input type="checkbox"/> 普通食	<input type="checkbox"/> その他 ()							
	排泄	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助		<input type="checkbox"/> 全介助				
	排泄方法	<input type="checkbox"/> トイレ	<input type="checkbox"/> ポータブル	<input type="checkbox"/> おむつ						
	入浴	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助		<input type="checkbox"/> 全介助				
	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				
	睡眠	<input type="checkbox"/> 良眠	<input type="checkbox"/> 不眠							
認知症	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無								
視力										
聴力										

事業所名				担当介護支援専門員				
住所				TEL	(0544) -	FAX	(0544) -	

※ この在宅介護情報提供は、利用者・家族の同意を得て行なわれています。

医療機関名		主治医	先生	
医療機関住所		TEL	0544	- -
		FAX	0544	- -
主治医からの 注意事項				感染症の有無
				<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()
他科受診の状況			住宅の見取り図	
住居				
住宅	<input type="checkbox"/> 一戸建て <input type="checkbox"/> 集合住宅 () ()			
居室	<input type="checkbox"/> 洋室 <input type="checkbox"/> 和室 <input type="checkbox"/> 1階 <input type="checkbox"/> 2階 ()			
寝室	<input type="checkbox"/> 布団	ベッド <input type="checkbox"/> 固定 <input type="checkbox"/> 自動 ()		
浴室	段差 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ()			
トイレ	段差 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ()			
玄関	段差 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ()			
駐車場	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ()			
住宅改修	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ()			
その他	(日常的に使用する福祉用具等)			
経済状況			介護保険負担限度額認定	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
			社会福祉法人利用負担額減免	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
介護者の 状況				
本人の希望				
家族の希望				
介護支援専門員より 事業所への伝達事項				

様 退院前カンファレンスシート

病院

病棟

年

月

日

司会: ケアマネジャー/MSW/退院調整NSなど適宜

☆自己紹介 2分(時間は目安です)

1. 現在までの経過と治療(病棟主治医または
看護師が説明。事前記載不要) 3分

2. 入院中のADLとケア

(看護師が説明。事前記載不要) 5分

① 移動と移乗、入院中のリハビリテーション

② 食事の内容と食事介助の方法

③ 排泄

④ 寝具と体位交換、皮膚トラブルの有無

⑤ 入院中の入浴・保清の方法と頻度

⑥ 睡眠・更衣・口腔ケア・義歯の有無・その他

⑦ 認知機能・精神面

⑧ 退院後の主治医・継続医療

⑨ 行っている医療処置

必要な医療器具・福祉機器はあるか

また、使い方は習得できているか

自宅に帰ってから使用する消耗品などはあるか

⑩ 介護指導の内容と計画

介護方法・介助方法は習得できているか

主な介護者はだれか

⑪ 定時薬と頓用薬

現在使用している薬

3. 本人・家族の希望と心配 3分

4. 特別配慮する点(有・無)

5. 質疑 5分

6. 支援の方向性 5分

7. ケアの調整 5分

①退院日

退院後に利用する医療・介護の事業所は
退院日を知っているか

②退院後の日程

③緊急連絡先や方法等

患者や家族は体調が変わった時の緊急
連絡先を知っているか

退院時に必要な書類

8. まとめ 2分

富士市退院前カンファレンスシートの活用について

- ◇ このシートは、患者様が病院から退院して、スムーズな在宅療養生活をスタートさせることができるように、次の二つの視点から作成した多職種連携ツールです。
 - ①病院スタッフから在宅療養支援スタッフへ必要な情報が漏れなく提供される。
 - ②在宅療養支援スタッフが情報を共有することができる。
- ◇ 退院前カンファレンスでこのシートをご利用いただくと次のような効果が期待できます。
 - ①在宅療養支援スタッフは、在宅療養スタートにあたり、必要な情報を忘れずに病院から聴いてくることことができる。(聴き忘れ、確認漏れが減る。)
 - ②多職種が、この同じシートをもっていると、カンファレンスがスムーズに進む。
 - ③病院スタッフは、在宅療養支援スタッフに伝える内容の準備ができる。
 - ④未経験スタッフも、このシート活用でカンファレンスをイメージできる。

病院スタッフのみなさまへ

- ◇ このカンファレンスシートは、在宅療養支援スタッフが知りたい情報をまとめたものです。**事前に記載する必要はありません。**このシートの記載項目に沿って、情報提供をしてください。
- ◇ また、カンファレンスができない場合には、記載項目のうち、**口印を付した項目（2-⑨⑩⑪、7-①③）**について、**確認**し情報提供していただくと助かります。

在宅医療と介護の連携スタッフのみなさまへ

- ◇ 退院前カンファレンスに参加される場合に、このカンファレンスシートをご活用ください。必ず使わなければならないシートではありません。活用は自由です。
- ◇ これは、みなさんが病院から入手する情報に漏れないようにするためのチェックシートです。記入したものが病院から配布されるわけではありません。

このカンファレンスシートが関係職種のみなさまの連携のために少しでもお役に立つことを願っています。ご意見がありましたら、下記までお寄せください。

企画・作成 富士市在宅医療と介護の連携体制推進会議

事務担当 富士市福祉部高齢者支援課

〒417-8601 富士市永田町1丁目100番地

TEL 0545-55-2916 FAX 0545-55-2920

E-mail ho-koureishien@div.city.fuji.shizuoka.jp

R6.4月改訂

年 月 日

看護及び栄養管理等に関する情報（1）

患者氏名(ふりがな)		性別		生年月日	年 月 日
入退院日	入院日： 年 月 日	退院(予定)日： 年 月 日			
主たる傷病名					
主な既往歴	<input type="checkbox"/> 診療情報提供書参照	アレルギー	<input type="checkbox"/> 薬剤 ()	<input type="checkbox"/> 食物 ()	<input type="checkbox"/> その他 ()
入院中の経過	<input type="checkbox"/> 診療情報提供書参照				
継続する看護上の問題等					
ケア時の具体的な方法や留意点					
病状等の説明 内容と受け止め	医師の説明				
	患者				
	家族				
患者・家族の 今後の希望・目標や、大切にしていること	患者				
	家族				
家族構成 (同居者の有無、 キーパーソン等)			緊急連絡先(氏名・続柄・連絡先)		
			① ②		
介護者等の状況	介護者() 協力者() 対応可能な時間： <input type="checkbox"/> 24時間 <input type="checkbox"/> 日中のみ <input type="checkbox"/> 夜間のみ <input type="checkbox"/> 独居・介護者や協力者がいない				
日常生活自立度	J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2				
認知症自立度	正常・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M				
社会資源	要介護認定	<input type="checkbox"/> 申請中 要支援状態区分(<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2) <input type="checkbox"/> 要介護状態区分(<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5)			
	介護支援専門員/ 訪問看護ステーション/ 訪問診療医療機関				
	障害手帳	<input type="checkbox"/> 有()			
生活等の状況	清潔	入浴： <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助(介助方法：) <input type="checkbox"/> 全介助(<input type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> 機械浴 <input type="checkbox"/> 清拭 最終： 月 日) 口腔ケア： <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助(介助方法：) <input type="checkbox"/> 全介助 更衣： <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助(介助方法：) <input type="checkbox"/> 全介助			
	活動	座位： <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助(介助方法：) <input type="checkbox"/> 全介助			

		移乗： <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助（介助方法： <input type="checkbox"/> 全介助） 移動： <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助（介助方法： <input type="checkbox"/> 全介助） 方法： <input type="checkbox"/> T杖・松葉杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 車椅子自走 <input type="checkbox"/> ストレッチャー
	排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助（介助方法： <input type="checkbox"/> 全介助） 方法： <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> 便器 <input type="checkbox"/> ベット <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 自己導尿 排泄機能障害： <input type="checkbox"/> 尿意がない <input type="checkbox"/> 尿失禁 <input type="checkbox"/> 便意がない <input type="checkbox"/> 便失禁 排泄回数：（ ）日に（ ）回 最終排便： 月 日
	食事	介助方法：
	睡眠	<input type="checkbox"/> 特記事項なし <input type="checkbox"/> その他（ ）
	精神状態	<input type="checkbox"/> 特記事項なし <input type="checkbox"/> 抑うつ <input type="checkbox"/> せん妄 <input type="checkbox"/> その他（ ） <input type="checkbox"/> 認知症（症状、行動等： ）
	運動機能障害	<input type="checkbox"/> 麻痺：（ <input type="checkbox"/> 右上肢 <input type="checkbox"/> 左上肢 <input type="checkbox"/> 右下肢 <input type="checkbox"/> 左下肢） <input type="checkbox"/> 言語障害：（ <input type="checkbox"/> 構音障害 <input type="checkbox"/> 失語症） <input type="checkbox"/> 視力障害：（ <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左） <input type="checkbox"/> 聴力障害：（ <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左） 補聴器使用（ <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無）
	安全対策	方法
医療処置・挿入物等の状況	<input type="checkbox"/> 点滴投与経路	<input type="checkbox"/> PICC（末梢挿入型中心静脈カテーテル） <input type="checkbox"/> CVC（中心静脈カテーテル） <input type="checkbox"/> 末梢静脈ライン <input type="checkbox"/> 静注 CV ポート 挿入部位： サイズ： 最終交換日： 月 日 最終ロック日： 交換頻度：
	<input type="checkbox"/> 経管栄養	<input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 腸瘻 <input type="checkbox"/> その他（ ） サイズ： Fr cm 挿入日： 月 日 最終交換日： 月 日 交換頻度：
	<input type="checkbox"/> 膀胱留置カテーテル	種類： サイズ： Fr 固定水 ml 最終交換日： 月 日 交換頻度：
	<input type="checkbox"/> 透析	週 回 シェント： <input type="checkbox"/> 有（部位 ）
	<input type="checkbox"/> 呼吸管理	<input type="checkbox"/> 吸引 回数： <input type="checkbox"/> 酸素療法（ <input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> マスク <input type="checkbox"/> その他 ） 酸素設定： <input type="checkbox"/> 気管切開：気管内チューブ mm 最終交換日： 月 日 交換頻度： <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 設定、モード
	<input type="checkbox"/> 創傷処置	<input type="checkbox"/> 褥瘡 部位・深度・大きさ等： ケア方法： <input type="checkbox"/> 手術創 部位 ケア方法：
	<input type="checkbox"/> ストーマ処置	種類： サイズ： 最終交換日： 月 日 交換頻度：
服薬管理	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 要確認・見守り <input type="checkbox"/> 一部介助（方法： ） 他院処方薬： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
その他		

（記入者氏名）

（照会先）

看護及び栄養管理等に関する情報（2）

患者氏名（ふりがな）		性別		生年月日	年 月 日
入院日	入院日： 年 月 日	退院（予定）日：	年 月 日		

（太枠：必須記入）

栄養管理・ 栄養指導等 の経過												
	栄養管理上の 注意点と課題											
	栄養 評価	評価日	年 月 日			過去（ ）週間の体重変化			増加・変化なし・減少（ kg %）			
		身体計測	体重	kg	測定日（ / ）	BMI	kg/m ²	下腿周囲長	cm	不明	握力	kg
		身体所見	食欲低下	無・有・不明（ ）			消化器症状	無・有（嘔気・嘔吐・下痢・便秘）・不明				
			味覚障害	無・有・不明（ ）			褥 瘡	無・有（部位等 ）・不明				
			浮 腫	無・有（胸水・腹水・下肢）・不明			その他					
			嚥下障害	無 ・ 有			特記事項					
		咀嚼障害	無 ・ 有									
		検査・ その他	過去1か月以内Alb値・測定なし （ ）g/dl			その他						
		1日栄養量	エネルギー			たんぱく質			食塩	水分	その他	
		必要栄養量	（ ）kcal/標準体重kg			（ ）kcal/標準体重kg			g	ml		
	（ ）kcal/現体重kg			（ ）kcal/現体重kg								
	摂取栄養量	（ ）kcal/標準体重kg			（ ）kcal/標準体重kg			g	ml			
（ ）kcal/現体重kg			（ ）kcal/現体重kg									
栄養補給法	経口・経腸（経口・経鼻・胃瘻・腸瘻）・静脈				食事回数： 回/日 朝・昼・夕・その他（ ）							
退院時 食事内 容	食種	一般食・特別食（ ）・その他（ ）										
	食事形態	主食種類	朝	米飯・軟飯・全粥・その他（ ）					量	g/食		
			昼	米飯・軟飯・全粥・その他（ ）						g/食		
			夕	米飯・軟飯・全粥・その他（ ）						g/食		
		副食形態	常菜・軟菜・その他（ ） *）事由記載：例 ペースト									
	嚥下調整食	不要・必要	コード（嚥下調整食の場合は必須） 0j・0t・1j・2-1・2-2・3・4									
	とろみ調整 食品の使用	無・有	種類（製品名）		使用量（gまたは包）		とろみの濃度 薄い/中間/濃い					
	その他影響する問題点	無・有										
禁止食品	食物アレルギー	無・有	乳・乳製品・卵・小麦・そば・落花生・えび・かに・青魚・大豆 その他・詳細（ ）									
	禁止食品 （治療、服薬、宗教 上などによる事項）											
退院時 栄養設 定の詳 細	栄養量	補給量	エネルギー	たんぱく質 (アミノ酸)	脂質	炭水化物 (糖質)	食塩	水分	その他			
		経口(食事)	kcal	g	g	g	g	ml				
		経 腸	kcal	g	g	g	g	ml				
		静 脈	kcal	g	g	g	g	ml				
		経口飲水						ml				
		合 計	kcal	g	g	g	g	ml				
		(現体重当たり)	kcal/kg	g/kg				ml				
	経腸栄養 詳細	種類	朝：		昼：		夕：					
		量	朝： ml		昼： ml		夕： ml					
		投与経路	経口・経鼻・胃瘻・腸瘻・その他（ ）									
		投与速度	朝： ml/h		昼： ml/h		夕： ml/h					
		追加水分	朝： ml		昼： ml		夕： ml					
	静脈栄養 詳細	種類・量										
		投与経路	末梢・中心静脈									
備考												

【記入上の注意】

- 1 必要がある場合には、続紙に記載して添付すること
- 2 地域連携診療計画に添付すること

（記入者氏名）

（照会先）

コミュニケーション・食事に関する報告書

患者 様（ 歳）の当院における経過をご報告申し上げます。

[診断名]

[発症年月日]

[入院期間]

[障害名] 失語症（有・無） 構音障害（有・無） 摂食・嚥下障害（有・無）
（その他 ）

1. コミュニケーションについて

[発話： 様の話すことばが聞き手に]

1：全部分かる 2：時々分からない言葉がある 3：話の内容を知っていれば分かる
4：時々分かる言葉がある 5：全然分からない

[理解：相手の話すことばを 様は]

1：全部分かる 2：身近な話題なら分かる 3：ほとんど分からない

<ご本人が使う意思伝達手段>

発話（単語・短文・文章） 書字（文字を書いて伝える） 描画（絵を伝える）

コミュニケーションボード（絵や単語が書いてある用紙を指さす）

うなずきや首振りなどの応答

その他（ ）

コメント：

<ご本人への有効な言葉の伝え方>

ジェスチャー・表情をつけて伝える 漢字単語を見せながら伝える

短い言葉で伝える 自然な口調は変えないでゆっくり伝える

要点を箇条書きにして伝える

コメント：

<その他>

・認知症（有・無）

コメント：

・家族指導（有・無）

コメント：

・今後の取り組みについて

コメント：

2. 摂食・嚥下について

- ・飲み込みの問題 [有(嚥下障害による問題・認知障害による問題) ・無]
- ・食事中的ムセ [有・無]
- ・肺炎の既往 [あり () 回・無し]

<口腔内の状態>

- ・口腔内の汚れや乾燥 (有・無)
- ・義歯 (有・無)

コメント:

<食事をする時の体位>

車椅子座位・ベッド上ギャッジ () 度・その他 ()

コメント:

<現在の食事形態>

[普通食・きざみ食・プリン食・ミキサー食・経管栄養 (経鼻経管栄養・胃瘻) ・その他 ()]

コメント:

<水分摂取>

[水分・ゼリー・とろみ (有・無)]
(とろみの粘度: 飲むヨーグルト状・蜂蜜状・マヨネーズ状)

コメント:

<食事動作>

[自立・一部介助・全介助] (はし使用・スプーン使用) その他 ()

食事時間 約 () 分 食欲[有・無] 食事摂取量 ()

コメント:

<食べさせ方の留意点>

- ・一口量 (ティースプーン程度・普通)

コメント:

ご不明な点がございましたら、担当までご連絡下さいますようお願い致します。

年 月 日

所属

TEL

FAX

言語聴覚士

主治医とケアマネジャーの連絡票

令和 年 月 日

医療機関名

主治医氏名 先生

TEL

FAX

事業所名

ケアマネジャー氏名

TEL

FAX

いつも大変お世話になっております。

下記の患者様の担当のケアマネジャーをしております。よろしくお願ひいたします。

患者様の担当をさせていただく上で先生のご意見を伺いたく連絡をさせていただきました。

お忙しいところ申し訳ございませんが、ご返答いただきますようお願いいたします。

フリガナ		性別	生年月日	要介護度
氏名				申請中
住所	富士宮市			要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5

① ケアマネジャーより

(相談内容)

② 医師より

- 直接会います (時間帯は 時～ 時頃)
- 外来受診時に同席願ひます
- 訪問診察時に同席願ひます
- 電話をください (時間帯は 時～ 時頃)
- この連絡票に記入し返送します (記入日: 年 月 日)

医療と介護の連携シート

令和 年 月 日

発信元	事業所名	宛先	医療機関名
	TEL		TEL
	FAX		FAX
	氏名		医師 先生

日頃より大変お世話になっております。下記の件につき先生と連絡をとりたいと思います。お忙しいところ誠に恐れ入りますが、ご確認をお願い致します。

利用者	氏名	介護度	申請中・要支援（1・2）・事業対象者 要介護（1・2・3・4・5）
	生年月日	明・大・昭 年 月 日生（歳）	男・女

◆ケアマネジャーからの送信内容

<input type="checkbox"/> サービス利用の必要性について	<input type="checkbox"/> 病状・状態の変化等のご報告	<input type="checkbox"/> サービス担当者会議参加の依頼
<input type="checkbox"/> その他（ ）		
(ケアマネジャーからの連絡・報告内容)		
依頼内容	<input type="checkbox"/> 確認ください <input type="checkbox"/> 月 日までに返信ください <input type="checkbox"/> その他（ ）	

◆医師より返信内容

< サービス利用の必要性について > ※●の付いているサービスの必要性について確認をお願い致します。

(予防) 訪問看護 (あり・なし)	(予防) 通所リハビリテーション (あり・なし)
(予防) 訪問リハビリテーション (あり・なし)	(予防) 短期入所療養介護(ショートステイ) (あり・なし)
軽度者の福祉用具貸与(以外) (あり・なし)	定期巡回型介護看護 (あり・なし)
(疾病名:)	居宅療養管理指導 () (あり・なし)
項 目	居宅療養管理指導 () (あり・なし)
	その他 () (あり・なし)

【ご意見や留意点等ございましたら下空欄にご記入をお願いします】

ケアマネジャーへの 返信内容	<input type="checkbox"/> 確認しました <input type="checkbox"/> 受診同行願います <input type="checkbox"/> 電話をください <input type="checkbox"/> サービス担当者会議に参加します <input type="checkbox"/> その他（ ）
-------------------	--