

介護 ← → 医療 寝屋川市入退院連携シート		入院 年 月 日 / 退院・転院 年 月 日			
担当事業所名 担当者 氏名 連絡先		【ケアマネジャー】受渡し日 年 月 日 TEL FAX			
氏名	男性 ・ 女性	生年月日	年 月 日 生	年齢	歳
住所	TEL	要介護度		申請中（新規・更新・変更） 申請日 月 日 要支援1・2 要介護1・2・3・4・5 認定期間（ ~ ）	
緊急連絡先	<キーパーソン> （続柄 ）		感染症	なし /HCV,HBs,梅毒,疥癬/ 不明	
	TEL :	（続柄 ）		かかりつけ 歯科医	TEL :
かかりつけ 医療機関	TEL:	（続柄 ）		かかりつけ薬局	TEL :
主治医	TEL:		診察方法	<input type="checkbox"/> 通院（付き添い 要・不要） <input type="checkbox"/> 訪問診療 回/月	
【家族構成】 （キーパーソンに○をつけてください）		手帳等	身体障害者手帳： なし・あり（ ） 精神障害者手帳： なし・あり（ ） 療育手帳：なし・あり その他手帳（ ） 特定疾患（ ） 生活保護：受給なし・あり	家屋状況	一戸建て・マンション・ アパート（1階・2階以上） エレベーター あり・なし 住宅改修 済 ・ 未 （内容： ）
		生活歴 （既往歴）			
入院前の自宅での 生活の様子					薬の管理/アレルギー等 自己管理／一部介助 見守り／全介助 一包化 ：あり なし 粉碎 ：あり なし 内服時の注意 []
	認知症高齢者の日常生活自立度判定基準 自立 / I / II / III / IV / M みられる症状 行動等 []				お薬手帳：あり なし アレルギー：あり なし 内容 []
本人の 生活に関する 意向					
家族の 生活に関する 意向					

※ 原則手渡しでお願いします。諸事情によりFAX等される場合はあらかじめ先方に連絡をしてください。
 ※ 介護保険をご利用の方は、週間サービス計画表を添付してください。入院時、退院時、処方はお薬手帳を確認ください。

		自宅での状況/入院（転院）前の状況 ※なるべく直近の状況をご記入ください		退院時の状況 ※病院側がご記入ください	
		状況確認日 年 月 日		記入日 年 月 日 病棟	
				担当者	
栄養	食事	自立・見守り・一部介助・全介助		自立・見守り・一部介助・全介助	
	形態	主食：普通・粥・ペースト 副食：普通・刻み・ソフト・ペースト とろみ： なし あり () 食欲： 1 2 3 4 5 (不振) (普通) (旺盛)		主食：普通・粥・ペースト 副食：普通・刻み・ソフト・ペースト とろみ： なし あり () 食欲： 1 2 3 4 5 (不振) (普通) (旺盛)	
	方法	経口・経管栄養（鼻腔・胃ろう・腸ろう）・輸液 嚥下：良・不良 咀嚼状況：良・不良 体重： kg (計測日 不明) 身長： cm (計測日 不明) 体重の増減 なし・あり (頃から) (+・- kg)		経口・経管栄養（鼻腔・胃ろう・腸ろう）・輸液 嚥下：良・不良 咀嚼状況：良・不良 体重： kg (計測日 不明) 身長： cm (計測日 不明) 体重の増減 なし・あり (頃から) (+・- kg)	
排泄	排尿	自立・見守り・一部介助・全介助 尿意： ある なし		自立・見守り・一部介助・全介助 尿意： ある なし	
	排便	自立・見守り・一部介助・全介助 便意： ある なし 最終排便日：		自立・見守り・一部介助・全介助 便意： ある なし 最終排便日：	
	方法	トイレ・ポータブルトイレ・尿器・オムツ カテーテル等（尿道 膀胱ろう 腎ろう） 導尿： 時間ごと 摘便： 回/週		トイレ・ポータブルトイレ・尿器・オムツ カテーテル等（尿道 膀胱ろう 腎ろう） 導尿： 時間ごと 摘便： 回/週	
入浴	清潔	自立・一部介助・全介助・行っていない 入浴頻度 回/週 最終入浴日 /		自立・一部介助・全介助・行っていない 入浴頻度 回/週 最終入浴日 /	
	方法	一般浴・シャワー浴・機械浴・清拭 更衣： 自立・一部介助・全介助		一般浴・シャワー浴・機械浴・清拭 更衣： 自立・一部介助・全介助	
移動	歩行	自立・見守り・一部介助・全介助		自立・見守り・一部介助・全介助	
	移乗	自立・見守り・一部介助・全介助		自立・見守り・一部介助・全介助	
	方法	独歩・杖・シルバーカー・歩行器・車いす ストレッチャー 麻痺：なし・あり（右・左 状態： ）		独歩・杖・シルバーカー・歩行器・車いす ストレッチャー 麻痺：なし・あり（右・左 状態： ）	
夜間の状態	睡眠	良眠 不眠（状態 ）		良眠 不眠（状態 ）	
	睡眠薬	なし・時々・常用（ ）		なし・時々・常用（ ）	
コミュニケーション		会話 可 やや困難 不可能	視覚 支障なし・支障あり 聴覚 支障なし・支障あり (補聴器) 使用あり・使用なし	会話 可 やや困難 不可能	視覚 支障なし・支障あり 聴覚 支障なし・支障あり (補聴器) 使用あり・使用なし
褥瘡		なし・あり（部位 ）		なし・あり（部位 ）	
口腔清潔		自立・見守り・一部介助・全介助 義歯の有無：なし・あり（ ）		自立・見守り・一部介助・全介助 義歯の有無：なし・あり（ ）	
体圧分散マット		使用あり 使用なし		使用あり 使用なし	
医療的処置		インスリン（回数 /日 自己注射 可・不可） 在宅酸素（ ℓ/分）人工呼吸器・中心静脈栄養 喀痰吸引（ 回/日）人工肛門 疼痛管理（ ）気切カニューレ 膀胱留置カテーテル（ Fr / 交換） 胃ろうPEG交換（ / ） その他：		インスリン（回数 /日 自己注射 可・不可） 在宅酸素（ ℓ/分）人工呼吸器・中心静脈栄養 喀痰吸引（ 回/日）人工肛門 疼痛管理（ ）気切カニューレ 膀胱留置カテーテル（ Fr / 交換） 胃ろうPEG交換（ / ） その他：	
入院経過		*介護保険での 口訪問看護 口訪問リハビリ 口デイケア 口居宅療養管理指導（歯科・薬局）			
※病状や退院後の生活で気を付けることなど、ご記入ください。					