

ケアマネジャーからの地域連携情報シート

居宅介護支援事業所名： _____ 担当者名： _____

利用者基本情報

※今回の情報提供にあたっては、契約時の同意に基づいて提供しています

ふりがな		性別	生年月日	
利用者氏名	FAX送信の場合はイニシャルまたは、一字塗消し(●京●子)記入	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 大正 / <input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日	FAX送信の場合は年齢のみ記入 (歳)
自宅住所	FAX送信の場合は、お住まいの「〇〇市」のみ記入		電話番号	FAX送信の場合は未記入
主介護者	続柄 夫		家族構成図 (☆キーパーソン) 	
電話番号	FAX送信の場合は未記入			
住所 (別居のみ)	<input checked="" type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居			
キーパーソン	続柄 長女			
電話番号	FAX送信の場合は未記入			
住所 (別居のみ)				

在宅における状況

(確認日 ○ 年 ○ 月 ○ 日)

ADL	【移動】 <input type="checkbox"/> 介助なし <input type="checkbox"/> 見守り <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 備考: 立ち上がり、階段等是要介助
	【排泄】 <input type="checkbox"/> 介助なし <input type="checkbox"/> 見守り <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 備考: 移動に時間がかかり間に合わないことあり <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> リハビリパンツ <input checked="" type="checkbox"/> 尿取りパット まれに失禁あり
	【入浴】 <input type="checkbox"/> 介助なし <input type="checkbox"/> 見守り <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 備考: 長女が介助
	【食事】 <input type="checkbox"/> 介助なし <input checked="" type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 備考: 夫が準備、セッティング、声かけ
	【口腔清潔】 <input type="checkbox"/> 介助なし <input checked="" type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 備考: 歯ブラシに歯磨き粉を付けたところは夫
IADL	【服薬管理】 <input type="checkbox"/> 介助なし <input type="checkbox"/> 見守り <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 備考: 夫が管理、準備 処方薬5種類服薬中
	【更衣着脱】 <input type="checkbox"/> 介助なし <input type="checkbox"/> 見守り <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 備考: 夫が準備、ボタンなど細かな所は要介助
認知・精神症状	入院生活を送る上で医療従事者等との意思疎通等に影響するような状況を記入してください。 記入例: ・一見、会話が成り立ってはいるが、理解した上での返事ではないことが多い。 (もともと温厚で、ニコニコして相づちを打っているようなタイプ) ・自身のADL低下の理解が難しい。(もともと自主心が強く、介助を受ける事への抵抗があるのか?)
かかりつけ医療機関	医療機関名: _____ (_____ 科) _____ 先生 →連絡先: _____
	医療機関名: _____ (_____ 科) _____ 先生 →連絡先: _____
障害等の認定	<input checked="" type="checkbox"/> 身体障害 <input type="checkbox"/> 精神障害 <input type="checkbox"/> 難病医療 (_____ 種 _____ 級: _____)
介護保険情報	介護度: 要介護2 日常生活自立度: A-2 認知症日常生活自立度: II
介護サービス	<input type="checkbox"/> 訪問診療 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input checked="" type="checkbox"/> 通所介護・リハ <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与 <input type="checkbox"/> 他: _____
ケアマネから医療機関への連絡事項	シートの項目以外に医療機関に伝えておきたいこと等記載してください。 家族構成図以外に家族の抱える課題(家族の疾患の有無、同居家族が全く関わらない)、本人のこだわりや希望、大切にしていること、ペットや家屋に関する事など、入院生活及び退院後の在宅療養生活に影響のある情報や本人と関わる上での注意等 記入例: ・同居の夫も持病があり、十分な介護は困難なため近くに住む長女が手伝っている。ADLの低下が見られることから、在宅生活に戻るにあたり、住環境整備やサービス調整が必要と思われます。退院までの調整期間を考慮したカンファレンス等の設定や御連絡をお願いします。 ・現在、通院先が2か所になっており、薬利も多くなっています。退院にあたり薬利調整及び処方薬の一包化を御検討くださいますようお願いいたします。 ・本人は、人との交流を好まず閉じこもり傾向です。医師からの意見は受け入れる傾向にあります。リハビリの導入等御検討いただき、早めの御連絡をいただけると助かります。