西東京市

西東京市ケアマネジャーからの地域連携情報シート記載例

記載日：　　年　　月　　日

居宅介護支援事業所名	○○居宅介護支援事業所	TEL	○○○-○○○○
担当者名	西東京　花子	FAX	△△△-△△△△

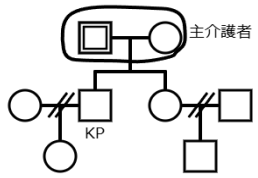
利用者基本情報

氏名	田無　太郎	性別	生年月日
		☑ 男	□大正 / ☑昭和
入院日	2026年　11月　1日	□ 女	11年　6月　13日（　90歳）

キーパーソン

氏名	田無　保	続柄	長男	□ 同居 / ☑ 別居
住所	東京都○○区	電話番号	○○○-△△△△-○○○○	

家族情報（同居者囲む/主介護者記載）



介護者の状況
（妻は腰痛がある
要支援２認定）

家屋情報

☑戸建て　□集合住宅　□EV無
（２階建て住居/本人所有）
☑課題あり　□課題なし
（寝室が２階/1階に水回り・妻寝室・ガレージ）

かかりつけ医療機関

医療機関名	□□内科循環器クリニック	診療科：循環器	医師名：□□先生
連絡先	□□□－□□□□	主疾患：高血圧/狭心症/認知症	

介護/公費/障害　認定情報

介護保険	☑介護　□支援（　2　）負担割合：2割	□ 生保	日常生活自立度：A2　認知症日常生活自立度：Ⅱｂ
障害等	□身体（　　級）　□精神（　　級）	□ 知的（　　度）	□ 難病医療

在宅における状況

ADL	移　　動：□介助なし　☑見守り　□一部介助　□全介助		備考：室内伝い歩き/屋外歩行器
	移　　乗：☑介助なし　□見守り　□一部介助　□全介助		備考：
	排　　泄：□介助なし　☑見守り　□一部介助　□全介助 ☑パット　☑リハビリパンツ　□オムツ		備考：終日トイレ利用だが汚染有 時々仙骨部皮膚剝離あり確認
	入　　浴：□介助なし　□見守り　☑一部介助　□全介助		備考：デイで週2回介助
	更衣着脱：□介助なし　☑見守り　□一部介助　□全介助		備考：着衣乱れあり
	食　　事：☑介助なし　□見守り　□一部介助　□全介助		備考：一口大で提供/むせ込み有
	口腔清潔：□介助なし　☑見守り　□一部介助　□全介助		備考：声掛け必要
認知・精神症状	認 知 症：☑あり　□なし	意思疎通：☑可　□不可	備考：本人は何でも「自分でできる」が口癖
	症状及び問題行動：短期記憶障害		
	服薬管理：□介助なし　□見守り　☑一部介助　□全介助		備考：1回分手渡し
	金銭管理：□介助なし　□見守り　□一部介助　☑全介助		備考：妻が管理
経済状況	□課題なし ☑課題あり（内容：年金36万円/2ヶ月　・　預貯金があまりない　）		

ケアマネジャーから医療機関への連絡事項（在宅復帰要件/生活課題/生活歴/ACPなど記載）

・主介護者の妻は要支援で圧迫骨折の既往あり。頻回な排泄介助は対応困難。
・玄関に20cm程度の段差、2階に居室があり段差昇降での生活に戻れるとベスト。1階に居室準備するためには長男支援など調整が必要で時間を要する。
・本人は自宅で過ごすことを望んでいるが、妻は介護を続ける自信がない。長男は60代で就労しており、２，３ヶ月に1回の来訪。長女は音信不通な状況で妻へのサポートが弱い家族状況がある。
・○○県出身。大学入学で状況、公務員として定年まで働く。出身地の話題には反応よく多弁になる。

西東京市

西東京市ケアマネジャーからの地域連携情報シート記載例のポイント

入院時には『地域連携情報シート』と『居宅サービス計画書第３表』の２枚セットで送付が基本となります。居宅サービス計画書第１表と第２表については相互で必要な場合に送付しましょう。その際の送付状は必須ではありません。

居宅介護支援事業所名	
担当者名	

利用者基本情報

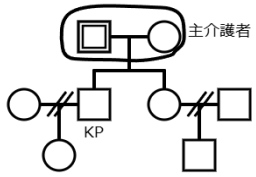
氏名	田		
入院日	2026年　11月　1日	☐ 女	11年　6月　13日（　90歳）

キーパーソン

介護者の状況は、身体状況や就労などを記載しましょう。

氏名	田無　保	/ ☑ 別居
住所	東京都〇〇区	△-〇〇〇〇

家族情報（同居者囲む/主介護者記載）



介護者の状況
（妻は腰痛がある
要支援２認定）

☑戸建て　☐集合住宅　☐EV無
（２階建て住居/本人所有）
☑課題あり　☐課題なし
（寝室が２階/1階に水回り・妻寝室・ガレージ）

かかりつけ医療機関

医療機関名	☐☐内科循環器クリニック	診療科：循環器	医師名：☐☐先生
連絡先	☐☐☐－☐☐☐☐	主疾患：高血圧/狭心症/認知症	

介護/公費/障害　認定情報

介護保険	☑介護　☐支援（　2　）負担割合：2割	☐ 生保	日常生活自立度：A2　認知症日常生活自立度：Ⅱｂ
障害等	☐身体（☐ 級）　☐精神（　　級）　☐ 知的（　　度）　☐難病医療		

在宅における状況

備考欄には、チェックボックス以外の詳細情報を記載しましょう。
皮膚状態や、食形態・嚥下状況など具体的な内容を記載し入院先に伝えましょう。

ADL	介助	備考：室内伝い歩き/屋外歩行器
	介助	備考：
	介助	備考：終日トイレ利用だが汚染有 時々仙骨部皮膚剝離あり確認
	助	備考：デイで週2回介助
	全介助	備考：着衣乱れあり
		備考：一口大で提供/むせ込み有
		備考：声掛け必要
認知 精神		備考：本人は何でも「自分でできる」が口癖
		備考：1回分手渡し
		備考：妻が管理
経済状況	☐課題な　　貯金がまりない　）	

連絡事項には、自宅に戻る際の課題や入院前からの課題など、入院先に伝えたいことを簡潔に記載しましょう。
「在宅における状況」の備考欄に収まらない内容などもここに記載しましょう。

ケアマネジャーから医療機関への連絡事項（在宅復帰要件/生活課題/生活歴/ACPなど記載）

・主介護者の妻は要支援で圧迫骨折の既往あり。頻回な排泄介助は対応困難。
・玄関に20cm程度の段差、2階に居室があり段差昇降での生活に戻れるとベスト。1階に居室準備するためには長男支援など調整が必要で時間を要する。
・本人は自宅で過ごすことを望んでいるが、妻は介護を続ける自信がない。長男は60代で就労しており、２，３ヶ月に1回の来訪。長女は音信不通な状況で妻へのサポートが弱い家族状況がある。
・〇〇県出身。大学入学で状況、公務員として定年まで働く。出身地の話題には反応よく多弁になる。