

医療・介護の連携シート

記入日： 年 月 日

紹介先：

I D： 診療科： 担当医：

(ふりがな)

患者氏名： 住所：

生年月日：(T・S・H) 年 月 日 男・女 年齢： 才

入院期間： 年 月 日 ～ 年 月 日 病名：

看護要約(経過)・・・各医療機関の看護要約を参照下さい。

家族構成 及び キーパーソン(患者との関係)
 同居人数： 名(構成：)
 キーパーソン氏名：
 本人との関係：
 患者、家族、介護者の思い

患者状況

計測	身長(cm) 計測日 /	体重(kg) 計測日 /
食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう栄養 <input type="checkbox"/> 絶食 <input type="checkbox"/> その他 食事形態(主食： 副食：)	
活動/運動	<input type="checkbox"/> 自立(自力歩行・杖歩行・歩行器・車椅子・シルバーカー) <input type="checkbox"/> 一部介助(歩行・車椅子) <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 見守り	
清潔	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助() <input type="checkbox"/> 全介助 最終入浴日 /	
排泄	<input type="checkbox"/> 自立(トイレ・ポータブルトイレ) <input type="checkbox"/> 一部介助(トイレ・ポータブルトイレ・尿器) <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 全介助(オムツ・バルンカテーテル) <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 最終排便 /	
危険行動	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	不穏： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
薬剤管理	内服薬： <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 自己管理 <input type="checkbox"/> 看護師管理
看護行為継続内容	治療・処置 <input type="checkbox"/> 有() <input type="checkbox"/> 無	
感染症	HBS() HCV() MRSA() その他() アレルギー： <input type="checkbox"/> 有() <input type="checkbox"/> 無	
退院後予想される医療処置	<input type="checkbox"/> 在宅人工呼吸 <input type="checkbox"/> 在宅自己注射 <input type="checkbox"/> 在宅酸素療法 <input type="checkbox"/> 在宅自己導尿 <input type="checkbox"/> 在宅持続陽圧呼吸療法 <input type="checkbox"/> バルーン留置	<input type="checkbox"/> 人工肛門造設 <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 在宅血液透析 <input type="checkbox"/> 在宅成分栄養経管栄養中(胃ろう・腸ろう・経鼻) <input type="checkbox"/> 在宅気管切開患者 <input type="checkbox"/> 人工膀胱造設(腎ろう・膀胱ろう)
利用している社会資源	<input type="checkbox"/> 訪問診療(名称) <input type="checkbox"/> 訪問看護(名称)	<input type="checkbox"/> 施設利用(名称) <input type="checkbox"/> 居宅介護支援事務所(名称 担当者) <input type="checkbox"/> 在宅サービス(名称)
社会保障	介護保険： <input type="checkbox"/> 新規申請中 <input type="checkbox"/> 更新申請中 <input type="checkbox"/> 変更申請中 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5 身体障害者手帳(部位： 、 種 級) 特定疾患() 生活保護： <input type="checkbox"/> 有	
将来的な方向性について	<input type="checkbox"/> 在宅(準備に要する期間：) <input type="checkbox"/> 他病院(病院名：) <input type="checkbox"/> 施設(申請施設：) <input type="checkbox"/> その他 (待機期間：)	

発信元 () 記載者 ()