

介護支援連携指導①

				入院日		FAX送信日	
患者氏名		診察券番号		入院病棟			
生年月日		主治医		担当看護師			
主病名 既往歴	/			かかりつけ医		経済状況	☐ 生保
介護保険	☐ 有 要支援()要介護() ☐ 無(未申請・申請中・区分変更中)			障害者手帳	☐ 有 精神・知的・障害(級) ☐ 無		
住環境	☐ 一戸建て ☐ 集合住宅(階建 階) ☐ 有料老人ホーム等 ☐ エレベーター 有 無 ☐ その他()						
家族構成	キーパーソン()続柄()連絡先()						

	入院前 /	入院後 /	入院前	入院後
項目	自立度	自立度	※自立度は数字で記載 1自立 2見守り 3一部介助 4全介助	
食事			【摂取方法】 ☐ 経口 ☐ 経管栄養 ☐ PEG ☐ TPN 【食種】 ☐ 普通食 ☐ 治療食() 【形態】主食: ☐ 普通 ☐ 軟らか ☐ 全粥 ☐ ミキサー 副食: ☐ 通常 ☐ きざみ ☐ 極きざみ ☐ ミキサー 【水分】水分制限 ☐ 無 ☐ 有(ml) とろみ剤使用 ☐ 無 ☐ 有 【嚥下状況】()	【摂取方法】 ☐ 経口 ☐ 経管栄養 ☐ PEG ☐ TPN 【食種】 ☐ 普通食 ☐ 治療食() 【形態】主食: ☐ 普通 ☐ 軟らか ☐ 全粥 ☐ ミキサー 副食: ☐ 通常 ☐ きざみ ☐ 極きざみ ☐ ミキサー 【水分】水分制限 ☐ 無 ☐ 有(ml) とろみ剤使用 ☐ 無 ☐ 有 【嚥下状況】()
排尿			☐ トイレ ☐ ポータブル ☐ オムツ ☐ リハビリパンツ ☐ ストーマ ☐ バルン ☐ 導尿() 【尿意】 ☐ 有 ☐ 無	☐ トイレ ☐ ポータブル ☐ オムツ ☐ リハビリパンツ ☐ ストーマ ☐ バルン ☐ 導尿() 【尿意】 ☐ 有 ☐ 無
排便			☐ トイレ ☐ ポータブル ☐ オムツ ☐ リハビリパンツ ☐ ストーマ 【便意】 ☐ 有 ☐ 無	☐ トイレ ☐ ポータブル ☐ オムツ ☐ リハビリパンツ ☐ ストーマ 【便意】 ☐ 有 ☐ 無
清潔			☐ 入浴 ☐ シャワー ☐ 清拭 ☐ 訪問入浴 ☐ 通所サービス	☐ 入浴 ☐ シャワー ☐ 清拭
口腔清潔			義歯 ☐ 有(上 下 部分) ☐ 無	義歯 ☐ 有(上 下 部分) ☐ 無
起居動作			福祉用具使用 ☐ 有() ☐ 無	福祉用具使用 ☐ 有() ☐ 無
移乗動作			福祉用具使用 ☐ 有() ☐ 無	福祉用具使用 ☐ 有() ☐ 無
移動動作			☐ 杖歩行 ☐ 歩行器使用 ☐ 補助具使用 ☐ 車椅子	☐ 杖歩行 ☐ 歩行器使用 ☐ 補助具使用 ☐ 車椅子
更衣・整容動作			【介助内容】()	【介助内容】()
服薬管理			☐ 準備のみ ☐ 内服確認 ☐ その他()	☐ 準備のみ ☐ 内服確認 ☐ その他()
認知症 精神状態			【診断】 ☐ 無 ☐ 有 認知症高齢者日常生活自立度() 【意思疎通】 ☐ 可 ☐ ときどき可 ☐ 不可 【精神状態】()	【診断】 ☐ 無 ☐ 有 認知症高齢者日常生活自立度() 【意思疎通】 ☐ 可 ☐ ときどき可 ☐ 不可 【精神状態】()
睡眠			☐ 良眠 ☐ 不眠()	☐ 良眠 ☐ 不眠()
医療行為			☐ 無 ☐ 酸素 ☐ 吸引 ☐ 疼痛管理 ☐ インスリン ☐ その他()	☐ 無 ☐ 酸素 ☐ 吸引 ☐ 疼痛管理 ☐ インスリン ☐ その他()
サービスの 状況(入院前)			☐ 訪問介護 ☐ デイケア ☐ デイサービス ☐ ショートステイ ☐ 訪問看護(ステーション名) ☐ 訪問リハビリ ☐ 住宅改修 ☐ 訪問診療 ☐ 訪問薬剤管理 ☐ 訪問歯科	
生活状況(入院前)			金銭管理()掃除・洗濯() 調理・買物()その他()	
運動(入院後)			リハビリテーション ☐ 無 ☐ 有()【運動制限】有() 無	
本人・家族 の意向と 療養場所 の選択				
退院に 向けての 課題と 計画				
介護支援連携指導 担当者	居宅介護事業所名 担当者名			実施看護師名

年 月 日 本人・家族サイン