

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	<input type="checkbox"/> 生保
介護保険	<input type="checkbox"/> 有 要支援()要介護() <input type="checkbox"/> 無(未申請・申請中・区分変更中)		障害者手帳	<input type="checkbox"/> 有 精神・知的・障害(級) <input type="checkbox"/> 無	
住環境	<input type="checkbox"/> 一戸建て <input type="checkbox"/> 集合住宅(階建 階) <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム等 <input type="checkbox"/> エレベーター 有 無 <input type="checkbox"/> 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】 <input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> PEG <input type="checkbox"/> TPN 【食種】 <input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 治療食() 【形態】主食: <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 軟らか <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> ミキサー 副食: <input type="checkbox"/> 通常 <input type="checkbox"/> きざみ <input type="checkbox"/> 極きざみ <input type="checkbox"/> ミキサー 【水分】水分制限 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(ml) とろみ剤使用 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 【嚥下状況】()	【摂取方法】 <input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> PEG <input type="checkbox"/> TPN 【食種】 <input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 治療食() 【形態】主食: <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 軟らか <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> ミキサー 副食: <input type="checkbox"/> 通常 <input type="checkbox"/> きざみ <input type="checkbox"/> 極きざみ <input type="checkbox"/> ミキサー 【水分】水分制限 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(ml) とろみ剤使用 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 【嚥下状況】()
排尿			<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> リハビリパンツ <input type="checkbox"/> ストーマ <input type="checkbox"/> バルン <input type="checkbox"/> 導尿() 【尿意】 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> リハビリパンツ <input type="checkbox"/> ストーマ <input type="checkbox"/> バルン <input type="checkbox"/> 導尿() 【尿意】 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
排便			<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> リハビリパンツ <input type="checkbox"/> ストーマ 【便意】 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> リハビリパンツ <input type="checkbox"/> ストーマ 【便意】 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
清潔			<input type="checkbox"/> 入浴 <input type="checkbox"/> シャワー <input type="checkbox"/> 清拭 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 通所サービス	<input type="checkbox"/> 入浴 <input type="checkbox"/> シャワー <input type="checkbox"/> 清拭
口腔清潔			義歯 <input type="checkbox"/> 有(上 下 部分) <input type="checkbox"/> 無	義歯 <input type="checkbox"/> 有(上 下 部分) <input type="checkbox"/> 無
起居動作			福祉用具使用 <input type="checkbox"/> 有() <input type="checkbox"/> 無	福祉用具使用 <input type="checkbox"/> 有() <input type="checkbox"/> 無
移乗動作			福祉用具使用 <input type="checkbox"/> 有() <input type="checkbox"/> 無	福祉用具使用 <input type="checkbox"/> 有() <input type="checkbox"/> 無
移動動作			<input type="checkbox"/> 杖歩行 <input type="checkbox"/> 歩行器使用 <input type="checkbox"/> 補助具使用 <input type="checkbox"/> 車椅子	<input type="checkbox"/> 杖歩行 <input type="checkbox"/> 歩行器使用 <input type="checkbox"/> 補助具使用 <input type="checkbox"/> 車椅子
更衣・整容動作			【介助内容】()	【介助内容】()
服薬管理			<input type="checkbox"/> 準備のみ <input type="checkbox"/> 内服確認 <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 準備のみ <input type="checkbox"/> 内服確認 <input type="checkbox"/> その他()
認知症 精神状態			【診断】 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 認知症高齢者日常生活自立度() 【意思疎通】 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> ときどき可 <input type="checkbox"/> 不可 【精神状態】()	【診断】 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 認知症高齢者日常生活自立度() 【意思疎通】 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> ときどき可 <input type="checkbox"/> 不可 【精神状態】()
睡眠			<input type="checkbox"/> 良眠 <input type="checkbox"/> 不眠()	<input type="checkbox"/> 良眠 <input type="checkbox"/> 不眠()
医療行為			<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 酸素 <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 疼痛管理 <input type="checkbox"/> インスリン <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 酸素 <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 疼痛管理 <input type="checkbox"/> インスリン <input type="checkbox"/> その他()
サービスの 状況(入院前)			<input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> デイケア <input type="checkbox"/> デイサービス <input type="checkbox"/> ショートステイ <input type="checkbox"/> 訪問看護(ステーション名) <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ <input type="checkbox"/> 住宅改修 <input type="checkbox"/> 訪問診療 <input type="checkbox"/> 訪問薬剤管理 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 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