

介護支援連携指導②

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()	
2回目(月 日)実施者()		
項目	自自由度	※自自由度は数字で記載 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】()
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
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
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
口腔清潔		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
移乗動作		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
更衣・整容動作		【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()
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】()
睡眠		<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()
サービスの 状況		<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		金銭管理() 掃除・洗濯() 調理・買物() その他()
運動		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