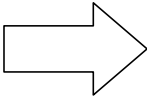


入院時等（事業所⇒病院・診療所）

神栖市情報共有シート

事業所(施設)名	
作成者	
TEL / FAX	/
作成日	年 月 日
情報提供日	年 月 日



病院・診療所名	
部署・担当者	
TEL / FAX	/
入院日	年 月 日
情報受取日	年 月 日

本シートは、医療・介護関係者がご本人の支援のために必要な情報を共有することを目的としています。
以下の情報は、ご本人及びご家族の同意を得て提供しています。よろしくお願いいたします。

フリガナ		生年月日		年齢		性別	
氏名		☐ 明 ☐ 大 ☐ 昭 年 月 日		歳		☐ 男 ☐ 女	
住所		〒		電話(自宅)		職業	
				電話(携帯)			
				FAX			
家族構成		住宅環境		年金等の種類		健康保険	
◎:本人 □:男性 ○:女性 ■●:死亡 主:主介護者 副:副介護者 ☆:キーパーソン ☐ 独居 ☐ 日中独居 ☐ 高齢者世帯 ☐ 子と同居 ☐ その他 ()		☐ 戸建 (階建て) ☐ 集合住宅 階・エレベーター ☐ 有 ☐ 無) ☐ その他 ()		☐ 国民年金 ☐ 厚生年金 ☐ 遺族年金 ☐ 障害年金 ☐ その他 () ☐ 無年金 年金月額 円 ☐ 無 ☐ 有(担当:)		☐ 国保 ☐ 後期高齢 ☐ 健保 ☐ 生活保護 ☐ その他 ()	
		住宅改修の有無 ☐ 無 ☐ 有 ()		生活保護受給の有無			
		障害等認定 ☐ 身体 (級) ☐ 療育 () ☐ 精神 (級) ☐ 特定疾患 ()		要介護度 ☐ 未申請 ☐ 申請中 ☐ 区分変更中 ☐ 事業対象者 要支援 ☐ 1 ☐ 2 要介護 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 有効期限 (年 月 日 ~ 年 月 日)		介護保険自己負担割合 ☐ 有 (割) ☐ 無 ☐ 不明	
		これまでの生活歴(職歴、趣味、生活状況など)					
緊急連絡先		氏名	続柄	年齢	住所	電話番号	本人との関わり
							☐ 有 ☐ 無 ☐ 不明
							☐ 有 ☐ 無 ☐ 不明
							☐ 有 ☐ 無 ☐ 不明
療養に関する意向等		家族の介護力及び特記事項					
		本人			家族		
		リビングウィル等の意思表示					
		確認日 年 月 日 確認相手 ☐ 本人 ☐ 家族(氏名:) ☐ その他(氏名:)					
障害高齢者の日常生活自立度		☐ 自立 ☐ J1 ☐ J2 ☐ A1 ☐ A2 ☐ B1 ☐ B2 ☐ C1 ☐ C2					☐ 医師等の判断
認知症高齢者の日常生活自立度		☐ 自立 ☐ I ☐ IIa ☐ IIb ☐ IIIa ☐ IIIb ☐ IV ☐ M					☐ ケアマネジャーの判断
介護保険サービス利用状況		訪問		☐ 訪問介 (回/週) ☐ 訪問リハビリ (回/週) ☐ 訪問介護 (回/週)			
				☐ 訪問入浴 (回/週) ☐ 居宅療養管理指導 (職種)			
		通所		☐ 通所介護 (回/週) ☐ 通所リハビリ (回/週)			
		短期入所		☐ 生活介護 ☐ 療養介護			
		福祉用具		☐ 福祉用具貸与 ☐ 特定福祉用具販売			
その他							
かかりつけ医等情報 (医師、歯科、薬局) 通院頻度		主病名		医療機関名等		診療科・主治医等	
				通院頻度: 回			
				通院頻度: 回			
既往歴							
アレルギー		☐ 無 ☐ 有 () ☐ 不明				感染症 ☐ 無 ☐ 有 () ☐ 不明	
医療的処置		☐ 無 ☐ 褥瘡 ☐ 点滴 ☐ 酸素療法 ☐ 痰吸引 ☐ 気管切開 ☐ 胃ろう ☐ 経鼻栄養 ☐ 経腸栄養 ☐ 中心静脈栄養 ☐ 尿道カテーテル ☐ 尿路ストーマ ☐ 消化管ストーマ ☐ 疼痛コントロール ☐ 排便コントロール ☐ 自己注射 () ☐ 透析 (回/週) ☐ 人工呼吸器 ☐ その他 ()					

神栖市情報共有シート

					自立		見守り		一部介助		全介助		在宅での生活のようす		
寝 返 り					☐	☐	☐	☐	☐						
起き上がり					☐	☐	☐	☐	☐						
座位保持					☐	☐	☐	☐	☐						
立位保持					☐	☐	☐	☐	☐						
移 動					☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	手引き ☐ 杖 ☐ 歩行器 ☐ 車椅子 ☐ その他 ()
移 乗					☐	☐	☐	☐	☐						
立位作業					☐	☐	☐	☐	☐						
立ち上がり					☐	☐	☐	☐	☐						
更 衣					☐	☐	☐	☐	☐						
食 事					☐	☐	☐	☐	☐	食形態 ☐ 普通 ☐ 刻み ☐ ソフト食 ☐ ペースト食 ☐ ころみ					
										制限 ☐ 無 ☐ 有					
										経管栄養 (方法: 内容: 量:)					
										食事回数 回/日 (朝: 時頃 昼: 時頃 夜: 時頃)					
口腔ケア					☐	☐	☐	☐	☐	口腔環境 ☐ 良 ☐ 不良 ☐ 著しく不良					
										義歯 上 ☐ 無 ☐ 有 (☐ 使用 ☐ 未使用)					
										下 ☐ 無 ☐ 有 (☐ 使用 ☐ 未使用)					
入 浴					☐	☐	☐	☐	☐	入浴の制限 ☐ 無 ☐ 有 (☐ シャワー浴 ☐ 清拭) ☐ その他 ()					
										咀嚼 ☐ 良 ☐ 不良					
排 泄		排尿	☐	☐	☐	☐	排尿 ☐ 自排尿 ☐ 間欠導尿 ☐ 留置カテーテル								
							尿意 ☐ 有 ☐ 無 (排尿回数 回/日 導尿回数 回/日)								
							日中 ☐ トイレ ☐ ポータブル ☐ 尿器 ☐ オムツ ☐ リハビリパンツ ☐ その他 ()								
							夜間 ☐ トイレ ☐ ポータブル ☐ 尿器 ☐ オムツ ☐ リハビリパンツ ☐ その他 ()								
		排便	☐	☐	☐	☐	排便 回/ (☐ 日 ・ ☐ 週) 便意 ☐ 有 ☐ 無								
							日中 ☐ トイレ ☐ ポータブル ☐ 尿器 ☐ オムツ ☐ リハビリパンツ ☐ その他 ()								
服薬管理		☐	☐	☐	☐	処方薬 ☐ 無 ☐ 有 () ☐ 別紙参									
						薬剤管理 ☐ 自己管 ☐ 他者管理									
						服薬状況 ☐ 処方どおり服用出来る ☐ 時々飲み忘れがあ ☐ 処方どおり服用出来ない ☐ 投薬拒否									
						眠剤使用 ☐ 無 ☐ 有 睡眠の状態 ☐ 良 ☐ 不良									
麻 痺		☐ 無 ☐ 軽度 ☐ 中度 ☐ 重度	☐ 右上肢 ☐ 右下肢 ☐ 左上肢 ☐ 左下肢	褥瘡 ☐ 無 ☐ 有 (部位:)											
				皮膚疾患 ☐ 無 ☐ 有 (部位:)											
視 力		☐ 問題なし ☐ 見えにくい ☐ ほとんど見えてない ☐ 見えているか判断出来ない	眼鏡の使用 ☐ 無 ☐ 有												
聴 力		☐ 問題なし ☐ 聞こえにくい ☐ ほとんど聞こえない ☐ 聞こえているか判断出来ない	補聴器の使用 ☐ 無 ☐ 有												
コミュニケーション		☐ 問題なし ☐ 概ね可能 ☐ 簡単なものは可能 ☐ 出来ない	意思伝達の 方法 ☐ 筆談 ☐ 絵・カード ☐ ジェスチャー ☐ 手話 ☐ その他 ()												
短期記憶		☐ 問題なし ☐ やや問題あり ☐ 問題あり (特記事項)													
行動・精神症状等		☐ 無 ☐ 有	☐ 幻覚・妄想 ☐ 夜間不眠・不穏 ☐ 意欲の低下 ☐ 徘徊 ☐ 暴言・暴力 ☐ 昼夜逆転 ☐ その他 ()												
喫煙		☐ 無 ☐ 有 (本位/日)	飲酒		☐ 無 ☐ 有 (ml位/日)										
その他(介護上、特に注意すべき点等)															

☐ 主治医との相談・面談を希望 ☐ ご本人の診察への同席を希望 ☐ 院内多職種カンファレンスへの参加希望 ☐ 退院前カンファレンスへの参加希望 ☐ 退院前訪問指導等を実施する場合への同行希望	(具体的な要望等)
--	-----------

受取者サイン
(受領印等)