

富士見市・ふじみ野市・三芳町方式

記載・送付日  
20××年 ×月 ×日(×)曜日

\*情報開示同意の確認は病院施設側は行うこと（居宅介護支援事業所は確認済み）

☐ この情報開示及び連絡をとる（ ）は同意されています。

入院時連絡

ケアマネ記入例

☒が入ります。

医療機関名：ただいま病院

所属部署：地域連携室

氏名：須玖 弥瑠 相談員 様

電話：049-888-888

・居宅名：おかえりプラン

：三芳 次郎 ケアマネジャー

電話：049-666-666

F A X：049-777-777

ふりがな 氏名	ふじみの はなこ		男・女 男・女	明・大・昭・平・令	
	ふじみ野 花子 様			○年 4月 1 日生 [ 84 ]歳	
住所 (施設)	〒356-0011		Tel	自宅 123-456-789	
	ふじみ野市福岡1-1-1			携帯	
緊急 連絡者	① ふじみ野 三郎	続柄・長男	同居・別居	C 県・市在住	Tel： 987-654-321
	②	続柄：	同居・別居	県・市在住	Tel：
	③	続柄：	同居・別居	県・市在住	Tel：
入院期間	入院日 20 ××年 ×月 ○日 ~ 退院日 20 年 月 日				
主治医	ケアマネジャーは記入しなくていいです。入院日の記載は可能です。				
入院時の 診断名					
入院時の 症状・主訴	気持ちが悪い、便が出ない 体がだるい				
病状説明	本人へ：□なし <input checked="" type="checkbox"/> あり：内容(苦しいのは心臓がうまく動いてないからだよ) 家族へ： <input checked="" type="checkbox"/> なし □あり：内容( )				
本人の病気・障害・ 状態の受容、意向	なるべく、もう入院はしたくない。家で好きなように暮らしたい。				
家族の病気・障害・ 状態の受容、意向	母子不仲のため面談したことがない				
入院中又は在宅で 気になったエピソード・ 本人や家族の言動等	<input checked="" type="checkbox"/> 本人：息子にはもう何年も会っていないから会ってほしい。 <input type="checkbox"/> 家族： <input checked="" type="checkbox"/> * 同封の居宅サービス計画(1)参照下さい(入院時のみ)				
既往歴 かかりつけ 医等 (歯科医院も 忘れずに)	病名	年齢	経過	医療機関名	処方薬
	うっ血性心不全、心房細動	78	通院・入院・手術・訪問	ただいま病院 1回/月	なし・あり
	両目 白内障	74	通院・入院・手術・訪問	うちゅう眼科 1回/半年	なし・あり
	脊柱管狭窄症 変形性膝関節症	70	通院・入院・手術・訪問	たいよう整形 1回/3ヶ月	なし・あり
	糖尿病	65	通院・入院・手術・訪問	ただいま病院 1回/月	なし・あり
			通院・入院・手術・訪問		なし・あり

退院後の主治医

[病・診連携上、必要な情報です。]

[医師[通院: 回/月・週]]

初回外来/訪問診療日 20 年 月 日 ( ) 外来・医師

◎これまでの生活と現在の状況

家族等の状況	生活歴	居住環境																												
<div>・男性: <input type="checkbox"/> 女性: <input type="checkbox"/> 本人: <input checked="" type="checkbox"/> (男性) ◎ ( )</div> <div>・キーパーソン: K 主介護者: ☆ 逝去: ■●</div> <div>・同居者は線で囲む 年齢 居住地 健康状態</div> <div><div>10年前 脳卒中82歳</div><div>姉: 1年前乳がん86歳</div><div>Y県</div><div>長男: C県とのこと (面談未実施)</div></div>	<div>で夫と八百屋を営んでいた。20年前に廃業。75歳までパートで近所の総菜屋で働く。長男とは疎遠。独居。</div> <div>趣味・価値観・生きがい</div> <div>旅行、カラオケ: 通所先でも歌や楽器演奏が好き。世話好きだが、自分の事になると遠慮がち。</div>	<table><tr><td>自宅</td><td>( 2 ) 階</td><td>エレベーター</td><td>あり・なし</td></tr><tr><td>寝室</td><td>( 1 ) 階</td><td>階段手すり</td><td>あり・なし</td></tr><tr><td>トイレ</td><td>洋・和</td><td>トイレ手すり</td><td>あり・なし</td></tr><tr><td>浴槽</td><td>浅・深</td><td>浴室手すり</td><td>あり・なし</td></tr><tr><td>寝具</td><td colspan="3">ベッド・布団</td></tr><tr><td>室内段差</td><td colspan="3">あり・なし</td></tr><tr><td colspan="4">高い段差の場所 ( 玄関 )</td></tr></table>	自宅	( 2 ) 階	エレベーター	あり・なし	寝室	( 1 ) 階	階段手すり	あり・なし	トイレ	洋・和	トイレ手すり	あり・なし	浴槽	浅・深	浴室手すり	あり・なし	寝具	ベッド・布団			室内段差	あり・なし			高い段差の場所 ( 玄関 )			
自宅	( 2 ) 階	エレベーター	あり・なし																											
寝室	( 1 ) 階	階段手すり	あり・なし																											
トイレ	洋・和	トイレ手すり	あり・なし																											
浴槽	浅・深	浴室手すり	あり・なし																											
寝具	ベッド・布団																													
室内段差	あり・なし																													
高い段差の場所 ( 玄関 )																														

保険種別	<input type="checkbox"/> 健保 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 共済 <input checked="" type="checkbox"/> 後期高齢1割 <input type="checkbox"/> 労災 <input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> 特定疾患 <input type="checkbox"/> 生保(担当: )
障害認定	<input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳( )
要介護度	<input type="checkbox"/> 事業対象者 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
経済状況	有効期間: 令和〇年 〇月 ×日 ~ 令和×年 △月 〇日
	<input type="checkbox"/> 共済年金 <input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 他

◎身体・ADLの状況

身体状況	身体状況	身長( 150 )cm 体重( 62 )kg ( 〇月 〇日 )
	<input type="checkbox"/> 拘縮 <input type="checkbox"/> 麻痺	右: 上肢[ <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ] 下肢[ <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ]
	筋力低下	右: 上肢[ <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ] 下肢[ <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり ] 左: 上肢[ <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ] 下肢[ <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり ]
	嚥下障害	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり[ <input type="checkbox"/> 咀嚼 <input type="checkbox"/> 咽頭への送り込み <input type="checkbox"/> 咽頭期 <input type="checkbox"/> 他( ) ] <input type="checkbox"/> 不明
認知機能や判断能力	<input checked="" type="checkbox"/> 記憶障害 <input type="checkbox"/> 見当識障害 <input type="checkbox"/> 理解判断力の障害 <input type="checkbox"/> 実行機能障害 <input type="checkbox"/> 失認 <input type="checkbox"/> 失語 <input type="checkbox"/> 失行 <input type="checkbox"/> 注意障害 <input type="checkbox"/> 不穏	
入院前の日常生活自立度	障害高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 半側空間無視 <input type="checkbox"/> 幻覚・幻聴 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 性的問題行動
	認知症高齢者の日常生活自立度	利用者が入院生活をどのようにサポートされるべきかを判断するための基礎情報となります。
食事(栄養)	方法	<input checked="" type="checkbox"/> 経口(箸・スプーンフォーク・補助具) <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 腸ろう <input type="checkbox"/> 経鼻経管 <input type="checkbox"/> 中心静脈 <input type="checkbox"/> 末梢点滴
	動作	<input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守りが必要 <input type="checkbox"/> 介助が必要 <input type="checkbox"/> 全介助
	内容	主食: <input type="checkbox"/> 米飯 <input checked="" type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> ミキサー粥 <input type="checkbox"/> 他( )
		副食: <input type="checkbox"/> 常菜 <input checked="" type="checkbox"/> 軟菜 <input checked="" type="checkbox"/> 他(朝: パン食、昼: デザート) 熱量: ( ) Kcal/日 蛋白: ( ) g/日 塩: ( ) g/日
排泄状況(尿)	形態	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> ひと口大 <input checked="" type="checkbox"/> 刻み( ) cm角 <input type="checkbox"/> 通所時は2時間ごとにトイレ誘導を
	尿意	<input checked="" type="checkbox"/> あり不十分 <input type="checkbox"/> なし 排尿回数: ( ? ) 回/日、導
	方法	<input checked="" type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> 尿器 <input checked="" type="checkbox"/> リハ管 <input type="checkbox"/> 尿管 <input type="checkbox"/> 尿路ストマ
	動作	<input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守りが必要 <input type="checkbox"/> 介助が必要 <input type="checkbox"/> 全介助(介助内容: ( ) )

排泄状況 (便)	便意	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし    排便回数: ( ? )回/日、または (    )日に1回    ×月×日3日前にディで摘便 硬便である	
	方法	<input checked="" type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> リハパンツ <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> 便器 <input type="checkbox"/> 消化管ストマ	
	動作	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 見守りが必要 <input type="checkbox"/> 介助が必要 <input type="checkbox"/> 全介助(用具や介助内容:    )	
整容 (髪・爪・目・ 耳・鼻・ <input checked="" type="checkbox"/> 口)	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守りが必要 <input checked="" type="checkbox"/> 介助が必要 <input type="checkbox"/> 全介助(用具や介助内容: <b>ディで磨き残しの義歯洗浄、口内ケアを手伝う</b> 片付け)		
	義歯: 上: <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり    下: <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり    ( <input type="checkbox"/> 部分入歯 <input checked="" type="checkbox"/> 総入歯 <input type="checkbox"/> インプラント )		
入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守りが必要 <input checked="" type="checkbox"/> 介助が必要 <input type="checkbox"/> 全介助(用具や介助内容:    )		
	<input type="checkbox"/> 一般浴 <input checked="" type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> 機械浴 <input type="checkbox"/> 清拭 <input type="checkbox"/> 行わず <input type="checkbox"/> 他( <b>ディで入浴 3回/週</b> )		
更衣	上衣: <input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守りが必要 <input type="checkbox"/> 介助が必要 <input type="checkbox"/> 全介助    下衣: <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守りが必要 <input checked="" type="checkbox"/> 介助が必要 <input type="checkbox"/> 全介助 座位で足に通す介助		
基本動作	寝返り	<input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守りが必要 <input type="checkbox"/> 介助が必要 <input type="checkbox"/> 全介助(用具や介助内容: <b>用具や介助内容: ベッド柵を持って可能</b> )	
	起き上がり	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守りが必要 <input type="checkbox"/> 介助が必要 <input type="checkbox"/> 全介助(用具や介助内容: <b>用具や介助内容: ベッド柵を持って可能</b> )	
	座位	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守りが必要 <input type="checkbox"/> 介助が必要 <input type="checkbox"/> 全介助(用具や介助内容: <b>用具や介助内容: 座り直しの介助が必要</b> )	
	移乗	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守りが必要 <input type="checkbox"/> 介助が必要 <input type="checkbox"/> 全介助(用具や介助内容: <b>用具や介助内容: 右膝ぐずれしやすい</b> )	
移動	補助具	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守りが必要 <input type="checkbox"/> 介助が必要 <input type="checkbox"/> 全介助(用具や介助内容: <b>用具や介助内容: 右膝ぐずれしやすい</b> )	
	動作	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守りが必要 <input checked="" type="checkbox"/> 介助が必要 <input type="checkbox"/> 全介助(介助内容: <b>自走できない</b> )	
知覚	視力	<input type="checkbox"/> 問題なし <input checked="" type="checkbox"/> やや難あり(両目・右目・左目) <input type="checkbox"/> 見えない    眼鏡: <input checked="" type="checkbox"/> あり使っていない <input type="checkbox"/> なし	
	聴力	<input type="checkbox"/> 問題なし <input checked="" type="checkbox"/> 大きな声で聞こえる(両耳・右耳・左耳) <input checked="" type="checkbox"/> 補聴器・集音器で聞こえる <input type="checkbox"/> 聞こえない <b>ほとんど使っていない</b>	
コミュニケーション 理解と表出	方法	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 筆談 <input type="checkbox"/> 手話 <input type="checkbox"/> 文字盤 <input type="checkbox"/> パソコン <input type="checkbox"/> 点字 <input type="checkbox"/> 意思伝達装置 <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> スマホ	
	会話	<input type="checkbox"/> 普通 <input checked="" type="checkbox"/> おおむね可能 <input type="checkbox"/> 簡単な返事は可能 <input type="checkbox"/> できない	
睡眠	状況	<input type="checkbox"/> 良 <input checked="" type="checkbox"/> 不良    睡眠剤: <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(    )	
嗜好	喫煙: <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり(時々2~3)本位/日    飲酒: <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(    )を(    )ml位/日		
精神面における 療養上の問題	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり:( <input type="checkbox"/> うつ病 <input type="checkbox"/> 適応障害 <input type="checkbox"/> 統合失調症 <input type="checkbox"/> 双極性障害 <input type="checkbox"/> 依存症 <input type="checkbox"/> 神経症 <input type="checkbox"/> 器質性/症状性精神障害 <input type="checkbox"/> パニック障害 <input type="checkbox"/> 発達障害 <input type="checkbox"/> 認知症(BPSD) <input checked="" type="checkbox"/> 他) <b>後ろ向きな発言がある</b>		
家族の介護支援力	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(    常時    日中のみ    夜間のみ    〇(    )日/週    ) <input type="checkbox"/> 見込めない <input type="checkbox"/> 支援者なし		
家族や同居者等による 虐待の疑い	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(内容: <b>長男にお会いできていないので未確院。来院された場合は親子の関係性をご確認ください</b> )		
家族への介護指導	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり⇒理解 <b>退院後の生活サポートに必要な項目です。</b> )		
禁忌事項 (禁忌動作等)	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(内容: <b>在宅での状況を伝え、病院と協働して解決に向かいましょう。</b> )		

◎ 医療状況

アレルギー	薬品: <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(    )    食品: <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり( <b>桃</b> )    金属・ゴム・絆創膏・( <b>なし</b> )		
感染症	<input type="checkbox"/> HBV <input type="checkbox"/> HCV <input type="checkbox"/> MRSA : <input type="checkbox"/> 保菌 <input type="checkbox"/> 発症( <input type="checkbox"/> 痰 <input type="checkbox"/> 血液 <input type="checkbox"/> 尿 <input type="checkbox"/> 創部) <input checked="" type="checkbox"/> 他( <b>知らないのでお知らせください</b> )		
医療処置	<input type="checkbox"/> なし <b>入院前の医療管理状況は、入院後に引き継ぐべき重要な情報です。</b>		
	<input type="checkbox"/> 高カロリー <input type="checkbox"/> 酸素(    ) <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 透析(血液・腹膜) <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 経鼻栄養 <input type="checkbox"/> 経腸栄養(種類:    、サイズ:    Fr、最終交換(予定)日:    /    ) <input type="checkbox"/> 尿道カテーテル <input type="checkbox"/> 自己導尿 <input type="checkbox"/> 留置カテーテル(種類:    、交換頻度:    ) <input checked="" type="checkbox"/> 排便コントロール <input type="checkbox"/> ドレーン管理(挿入部:    、処置頻度:    通常の排液量:    ml/日) <input type="checkbox"/> 褥瘡(部位:    処置方法:    処置頻度:    ) <input type="checkbox"/> 創処置(部位:    、頻度:    ) <input type="checkbox"/> 疼痛コントロール <input type="checkbox"/> 口腔内( <input type="checkbox"/> 歯 <input type="checkbox"/> 歯周 <input type="checkbox"/> 舌 <input type="checkbox"/> 粘膜) <input type="checkbox"/> 他(    ) <input type="checkbox"/> 医療材料(    ) <input type="checkbox"/> 衛生材料(    ):在宅療養指導管理医療機関(    )		



