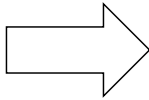


**入院時等 (事業所⇒病院・診療所)**

鹿嶋市情報共有シート

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			
◎:本人 □:男性 ○:女性 ●:死亡 主:主介護者 副:副介護者 ☆:キーパーソン		□戸建 (階建て) □集合住宅(階・エレベーター) □有 □無 □その他 ( )	住宅改修の有無	□無 □有 ( )	
		年金等の種類	生活保護受給の有無		
		□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: )	
		健康保険	□国保 □後期高齢 □健保 □生活保護 □その他 ( )		
		障害等認定	□身体 (級) □療育 ( ) □精神 (級) □特定疾患 ( )		
		要介護度	介護保険自己負担割合		
□独居 □日中独居 □高齢者世帯 □子と同居 □その他 ( )		□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)	□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	
家族の介護力及び特記事項					
療養に関する意向等		本人	家族		
リビングウィル等の意思表示					
□有 □無 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	□訪問介護 (回/週) □訪問リハビリ (回/週) □訪問介護 (回/週)			
	通所	□訪問入浴 (回/週) □居宅療養管理指導 (職種)			
	短期入所	□通所介護 (回/週) □通所リハビリ (回/週)			
	福祉用具	□生活介護 □療養介護			
	その他	□福祉用具貸与 □特定福祉用具販売			
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	電話番号
			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 ( )					

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

<input type="checkbox"/> 主治医との相談・面談を希望 <input type="checkbox"/> ご本人の診察への同席を希望 <input type="checkbox"/> 院内多職種カンファレンスへの参加希望 <input type="checkbox"/> 退院前カンファレンスへの参加希望 <input type="checkbox"/> 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)