

中部の入院時連携シート

(居宅介護支援事業所 ⇒ 病院・医院様)

記入日 ____年 ____月 ____日	担当居宅介護支援事業所 _____	介護支援専門員氏名 _____
入院日 ____年 ____月 ____日	相手先の病院等の名前を記入 _____	FAX _____
<ul style="list-style-type: none"> ・入院後7日以内に記入すること ・各病院等連携窓口へ送付又は持参し、記入しきれない内容は口頭で伝達 		担当者兼記入者名記入 _____
利用者名 _____	_____	____月 ____日生(____歳)
住所 _____	_____	TEL _____
介護保険 総合事業 (認定済み・申請中) 総合事業 要介護度 _____	_____	キーパーソン・緊急連絡先> _____
認定期間 ____年 ____月 ____日 ~ ____年 ____月 ____日	_____	<ジェノグラム> _____
在宅主治医 及び病歴 _____	家族背景 _____	家族構成、家族関係、キーパーソン等をジェノグラムや記述式で記入 _____
入院前の居宅サービス 利用状況	<訪問系> 名称・頻度 _____	<その他> ショートステイ・福祉用具貸与・住宅改修等 _____
_____	事業所名、入院前の計画頻度 _____	ショート、レンタル、住宅改修の場所、福祉用具購入、インフォーマルサービス等必要に応じて記入 _____
身障手帳・特定疾患・介護保険負担限度額認定情報等 _____		
入院(病状悪化)する以前の生活状況		特記事項 _____
食事	自立・見守り・一部介助・全介助・その他 (ペースト・刻み・ソフト食・普通/経管栄養)	入院前の良かった時の状態(直近) _____
口腔ケア	自立・一部介助・全介助・その他	
移動	自立・一部介助・全介助・その他 (見守り・手引き・杖・老人車・歩行器・車椅子)	
入浴	自立・見守り・一部介助・全介助・ 不可(シャワー・清拭)	
排泄	排尿 自立・見守り・一部介助・全介助/オムツ 排便 自立・見守り・一部介助・全介助/オムツ	
障害高齢者の日常生活自立度	自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2	
認知の程度とBPSD	自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M	
服薬管理	自立・一部介助・全介助・その他	
入院に際しての伝達事項 (生活と介護の状況、環境、経済状況等)	<ul style="list-style-type: none"> ・上記以外に病院に伝えたい内容を必要に応じてフリーに記入 ・自宅見取り図、生活動線、ケアプラン等は必要に応じて添付 ・入院中に想定される認知症状なども記述 	

(自宅見取り図等)