

## 入院時連携シート

令和 年 月 日提出 page 1

担当ケアマネージャー

病院

提出先部署

御中

事業所名

電話

FAX

携帯

担当者名

名刺のりづけ

フリガナ  
氏名生年月日  年  月  日

住 所

緊急連絡先①氏名

続柄

電話

携帯

②氏名

続柄

電話

携帯

かかりつけ医①

電話

連絡先②

電話

既往歴等

お薬  有(  手帳持参  手帳持参なし )  無介護保険  未・ 申請中( /付)・要支援1・2・要介護1・2・3・4・5 (認定期間 ~ )身障手帳等  有 (  身体  知的  精神  特定疾患 ) 内容・等級  無経済状況  国民年金  厚生年金  生活保護  年金無介護  ヘルパー( /週)  デイ( /週)  デイケア( /週)  訪問看護( /週)サービス  訪問リハビリ( /週)  福祉用具レンタル  ショートステイ利用自己負担サービス  有 ( 利用品目 )  無

家族構成

同居者は○で囲む

 男性  女性 (年齢) ★キーパーソン住環境  持ち家  借家 一戸建て  集合住宅( 階)トイレ…… 和式  洋式住宅改修… 有  無浴室……… 有  無エレベーター… 有  無A 移乗 寝返り…… 自立  一部介助  全介助  
起き上がり… 自立  一部介助  全介助

食生活・口腔

食事摂取方法… 自立  一部介助  全介助座位……… 自立  一部介助  全介助食事形態… 普通  軟飯  粥  きざみ  ミキサー立ち上がり… 自立  一部介助  全介助経管… 経鼻( )  PEG( )立位……… 自立  一部介助  全介助嚥下・口腔ケア… 自立  一部介助  全介助移乗……… 自立  一部介助  全介助着脱・整容……… 自立  一部介助  全介助D 移動 歩行……… 自立  一部介助  全介助服薬状況… 管理・飲み方… 自立  一部介助  全介助移動手段…… 杖  歩行器  車椅子認知症… 有 (  軽度  中度  重度 )  無L 排泄 尿意(  有  無 ) 便意(  有  無 ) 失禁(  有  無 )短期記憶… 問題なし  問題あり日中… 自立  尿器  P トイレ  オムツ意思表示… 問題なし  問題あり夜間… 自立  P トイレ  オムツ金銭管理能力… 自己管理  家族管理  その他(後見等を想定)清潔 保清(入浴・清拭)… 自立  一部介助  全介助周辺症状… 被害妄想等  幻視幻聴  昼夜逆転  徘徊アレルギー  有( )  無 暴言  暴力  介護への抵抗  異食裏面特記事項欄 記入  有  無

コミュニケーション障害、認知症などの支援(□有 □無)

(視力・聴力・発語・他者との関わり、入院時の配慮など)

---

インフォーマル(家族の介護力・支援状況)

---

在宅での生活状況(在宅で受けている医療処置等)・課題・その他特記事項

---

※個人情報保護の観点から、手渡し或いは郵送にて情報提供をお願いします。

※このシート使用における個人情報取扱いについては、ケアマネージャー契約時に本人様もしくは家族様に同意書を得ております。