

在宅医療介護連携個人シート

資料 8

本シートは久喜市及び近隣の多職種が協働して、ご本人が在宅生活を安心して継続できるようにするために必要な情報共有を行うことを目的としています。ご協力のほどよろしくお願いいたします。

作成者(発信元)

シート作成日	令和	年	月	日
<input type="checkbox"/> 入院時	<input type="checkbox"/> 退院時	<input type="checkbox"/> 在宅		
<input type="checkbox"/> その他 ()				
所属				
氏名				




宛先





所属、氏名

基本 情報	ふりがな		性別		生年月日		年齢	
	氏名		様 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> S	年		歳	
	住所	※訪問者用駐車場 有・無			電話	自宅		
						携帯		
	要介護度	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 申請中	<input type="checkbox"/> 要支援 ()	<input type="checkbox"/> 要介護 ()	負担割合 ()		
	介護サービスの利用	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	サービス内容 ()				
	障がい等級等	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	身障 (級)	精神 (級)	療育 (級)	その他 ()	
	病名等							
	経済状況	<input type="checkbox"/> 就労中	<input type="checkbox"/> ()年金	<input type="checkbox"/> 生活保護				
	住居	<input type="checkbox"/> 戸建			<input type="checkbox"/> 集合住宅 (階)エレベーター <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
		<input type="checkbox"/> 施設 ()			<input type="checkbox"/> 入院中 ()			
	同居家族	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 ()			家族状況		
	キーパーソン①	氏名		続柄				
住所								
電話								
	都合のよい時間帯			曜日	:	頃		
キーパーソン②	氏名		続柄					
	電話							

以下の項目については全て記載の必要ありません、必要な項目のみ記入してください。

かかりつけ医情報			
	医療機関名・担当医	病名	治療内容・内服薬等
1			
2			
3			
4			

心身の状態について		
障害高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> J、独力で外出 <input type="checkbox"/> A、屋内生活は自立 <input type="checkbox"/> B、車いす使用 <input type="checkbox"/> C、一日中ベッド上	
麻痺	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 部位 ()	
筋力の低下	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 部位 ()	
関節の拘縮	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 部位 ()	
褥瘡	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (部位・程度等)	
アレルギー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	
視力	眼鏡	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 日常生活に支障なし <input type="checkbox"/> 目の前のものがみえる <input type="checkbox"/> ほとんどみえない
聴力	補聴器	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 日常生活に支障なし <input type="checkbox"/> 大声なら聞こえる <input type="checkbox"/> ほとんど聞こえない
歯・歯肉の状態	痛み	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () 出血や晴れ等の異常 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()
義歯	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()  トラブルの有無 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	
嚥下に関する問題	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	
医療的処置	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> ストーマ <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> レスピレーター <input type="checkbox"/> 経管栄養	
	<input type="checkbox"/> その他 ()	
認知症高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> I、日常生活自立 <input type="checkbox"/> II、付添が必要 <input type="checkbox"/> III、時々介助が必要 <input type="checkbox"/> IV、常に介助 <input type="checkbox"/> M、専門医療が必要	
BPSD	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 焦燥・不穏 <input type="checkbox"/> 攻撃性 <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 大声を出す	
	<input type="checkbox"/> その他症状 ()	

起き上り	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	立ち上り	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	補助具	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他 ()
衣服の着脱	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		介助内容()
入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		介助内容()
口腔ケア	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		介助内容()
排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		介助内容()
福祉用具 (移動補助具以外)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()		
住宅改修	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()		
食事支度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	食事形態	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 経管栄養
食事摂取	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
金銭管理	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
服薬管理	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
<u>内服薬、</u> <u>その他</u>			

() が、私に関わる在宅医療や介護の関係者と連携をする際に、本シートに記載された、私及び家族の個人情報を提供することに同意します。

令和 年 月 日 氏名

上記代理人(代理人を選定した場合)

(続柄)