

(様式 1)

介護(予防)連絡票

医師と介護支援専門員との連絡票

のりしろ

平成 年 月 日

宛先	医療機関名	発信元	介護事業所名	名刺を貼ることができます (発信)
	住所		住所	
	医師 先生(宛)		TEL FAX 氏名	

日頃より大変お世話になっております。下記の件につき先生と連絡をとりたいと思います。お忙しいところ誠に恐れ入りますが、ご都合の良い連絡方法等につきまして、ご回答をお願いいたします。

*なお、この照会を行うこと及び先生から情報提供いただくことについては、

- ご本人・ご家族の同意を得て、ご連絡いたします。 同意した日 平成 年 月 日
- ご本人の心身状況から同意は得られておりませんが、ご本人のために必要がありますのでご連絡いたします。

利用者	氏名		介護度	申請中・要支援1・2 要介護1・2・3・4・5
	住所		TEL	- -
	生年月日	明・大・昭 年 月 日生 (歳)		男・女
照会目的	<input type="checkbox"/> 新規・更新・区分変更後のケアプラン作成時の医学的意見について			
	<input type="checkbox"/> 利用者の医療・看護・介護・症状の医学的意見・指示について			
	<input type="checkbox"/> サービス担当者会議における医学的意見について			
	<input type="checkbox"/> 福祉用具貸与(購入)について、医師からの医学的意見について			
	<input type="checkbox"/> 医療系サービスを導入するにあたり、主治医の意見・相談など			
	<input type="checkbox"/> 利用者の下記状況についての相談			
	<input type="checkbox"/> 担当ケアマネジャーになった挨拶			
<相談内容等>				
担当介護支援専門員名				

医師からの回答(返信)

*この連絡票での回答では、診療情報提供料の算定はできません。

連絡方法等	<input type="checkbox"/> 直接会って話をします (日時: 月 日 時頃に来院ください)
	<input type="checkbox"/> 電話で話をします (日時: 月 日 時頃に電話をください・します)
	<input type="checkbox"/> 文書で回答します <input type="checkbox"/> FAXで回答します <input type="checkbox"/> メールで回答します
サービス担当者会議に	<input type="checkbox"/> 出席します (<input type="checkbox"/> 診療所 <input type="checkbox"/> 利用者宅 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> その他) <input type="checkbox"/> 出席しません
平成 年 月 日 氏名	

(様式 2)

介護支援専門員用診療情報提供書

平成 年 月 日

介護事業所名称

氏 名

様

医療機関の所在地及び名称

医師氏名

電話番号 () -

F A X () -

患者氏名			
性別・生年月日	(男・女)	生年月日	明・大・昭・平 年 月 日 (歳) 職業
患者住所	電話番号() -		
診療形態	1.外来 2.往診 3.入院(平成 年 月 日)	情報提供回数 回	
傷病名 (疑いを含む)	<傷病名>		
	発症年月日	平成 年 月 日	
	受診年月日	平成 年 月 日	
	初発/再発	1.初発 2.再発(年 月 日 初発)	
寝たきり度(該当するものに○)			
J 一部自立 何らかの障害等を有するが、日常生活はほぼ自立しており独力で外出する。			
A 準寝たきり 屋内での生活は概ね自立しているが、介助なしには外出しない。			
B 寝たきり 1 屋内での生活は何らかの介助を要し、日中もベッドの上の生活が主体であるが坐位を保つ。			
C 寝たきり 2 1日中ベッド上で過ごし、排泄、食事、着替えにおいて介助を要する。			
日常生活活動(ADL)の状況(該当するものに○)			
移動 自立・一部介助・全面介助	食事 自立・一部介助・全面介助		
排泄 自立・一部介助・全面介助	入浴 自立・一部介助・全面介助		
着替 自立・一部介助・全面介助	整容 自立・一部介助・全面介助		
認知症老人の日常生活自立度(該当するものに○)			
I 何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している。			
II 日常生活に支障を来すような症状、行動や意思疎通の困難さが多少みられても、誰かが注意していれば自立可能。			
III 日常生活に支障を来すような症状、行動や意思疎通の困難さが時々みられ、介護を必要とする。			
IV 日常生活に支障を来すような症状、行動や意思疎通の困難さが頻繁にみられ、常に介護を必要とする。			
M 著しい精神症状や問題行動あるいは、重篤な身体疾患がみられ、専門医療を必要とする。			
<認知症の中核症状>			
・短期記憶	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり		
・日常の意思決定を行うための認知能力	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> いくらか困難 <input type="checkbox"/> 見守りが必要 <input type="checkbox"/> 判断できない		
・自分の意志の伝達能力	<input type="checkbox"/> 伝えられる <input type="checkbox"/> いくらか困難 <input type="checkbox"/> 具体的要求に限られる <input type="checkbox"/> 伝えられない		
病状・既往症・治療状況・退院の年月日等			
訪問診療 有・無 訪問看護 有・無			
必要と考える保健福祉サービスの内容等提供する情報の内容 (介護支援専門員に依頼したい内容や必要と考えられる介護サービス・介護支援専門員が知っておくべき医療情報を記載して下さい。)			

上記の患者について、介護(予防)サービス等の診療情報を提供いたします。

依頼内容について、回答(必要・不要)です。

この診療情報提供書の内容を外部に提供する場合は必ず主治医の同意を得てください。

患者様・ご家族様への説明等については、事前に医療機関側がご説明ください。

(様式 3)

診療情報提供書(様式2)における介護支援専門員からの回答(返信)

平成 年 月 日

医療機関名

住 所

医 師

先生

介護事業所名

住 所

担当介護支援専門員

氏 名

TEL () -

FAX () -

平成 年 月 日付で、診療情報提供書により情報をいただきました下記利用者につきまして、
回答いたします。

利用者氏名 性別・生年月日 住 所	(男・女) 生年月日 明・大・昭・平 年 月 日(歳) 電話番号() -
<回答>	

(様式 4)

要介護認定を円滑にすすめるために (お願い)

介護保険の要介護認定は、介護認定審査会で審査判定しますが、その資料として訪問調査結果と主治医の意見書が必要です。1日も早く認定結果をお知らせするためにも、下記のことについて、答えられる範囲でご記入のうえ、すみやかに「かかりつけ医(主治医)」に提出されるよう、ご協力をお願いします。

この用紙は主治医意見書を記載するにあたり、患者様(利用者様)の日常生活の状況をより把握するための予診票です。記入にあたりわからないことがありましたら「かかりつけ医(主治医)」または担当ケアマネジャーにお尋ね下さい。また、必要に応じて、電話での質問や外来への受診をお願いすることがあります。

堺市医師会

主治医意見書予診票

記入日 年 月 日

Ver1.00

申請者本人(利用者) 氏名	ふりがな ()	明・大・昭		
		年	月	日生 ()歳
記載者氏名		続柄		
連絡方法・連絡先		TEL		

今回の介護保険申請について教えてください。	・新規・更新・区分変更 (現介護度)(要支援1・2 要介護1・2・3・4・5)
在宅で介護する上で困っていることを教えてください。	・状態の悪化・介護者の負担が大きい・認知症の進行 ・その他()
現在継続的に診断を受けたり、治療を受けている病院・診療所が当院以外にありますか？	病院・診療所名 () 診療科目 ()

(1)

今までにかかった大きな病気について記入してください。 病気の名前(例えば、骨折、心臓発作、喘息など) 手術をしたかどうか等	いつ頃 平成 年 月 日頃 病名
今かかっている病気の状態は安定していますか？	・安定している・不安定・わからない ・良くなっている・悪くなっている
主に介護が必要になった原因の傷病名は何ですか？ (わかれば記入ください)	原因の傷病名

(2)

この14日以内に受けた処置があれば記入してください。 (わかる範囲で結構です)	・点滴・中心静脈栄養・透析・ストーマの処置 ・酸素療法・人工呼吸器・気管切開の処置 ・疼痛(ひどい痛み)の看護・経管栄養
この14日以内に受けた特別な対応があれば記入してください。 (わかる範囲で結構です)	・モニター測定(血圧、心拍、酸素飽和度) ・床ずれ(じょくそう)の処置
尿もれ(尿失禁)への対応	・コンドームカテーテル・留置カテーテル

日常生活の状態についてお伺いいたします。該当する項目に1つ○を付けて、右の1か2についても選択してください。		
↓		
	日常生活はまったく問題なく、一人で外出している。	
	何らかの障害はあるが、日常生活はほぼ自立していて、一人で外出している。 1. 交通機関を利用して外出できる 2. とおり近所なら外出できる	1 ・ 2
	屋内での生活はほぼ自立しているが、介助なしには外出していない。 1. 介助により外出し、日中はほとんどベッドから離れて生活している 2. 外出の頻度が少なく、日中も寝たり起きたりの生活をしている	1 ・ 2
	屋内での生活は何らかの介助を要し、日中もベッド上での生活が主体であるが座っていることもある。 1. 車いすに自分で乗り移り、食事、排泄はベッドから離れて行う 2. 介助により車いすに乗り移る	1 ・ 2
	1日中ベッド上で過ごし、排泄、食事、着替において介助を要する。 1. 自分で寝返りをうつ 2. 自分で寝返りをうつことができない	1 ・ 2
同じく、該当する項目に1つ○を付けて、右のaかbについても選択してください。		
	会話はスムーズで意思疎通もできて、特に困るような行動もない。	
	何らかの認知症があるが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している。	
	日常生活に支障を来すような症状・行動や意志疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる。 a. たびたび道に迷う、買物や金銭管理など、それまでできたことにミスが目立つ。 b. 服薬管理ができない、電話の応対や訪問者との対応など一人で留守番ができない。	a ・ b
	日常生活に支障を来すような症状・行動や意志疎通の困難さが見られ、介護を必要とする。 a. 日中を中心として、着替え、食事、排便、排尿などが上手にできない・時間がかかる。やたらに物を口に入れる、物を拾い集める、徘徊、失禁、大声、奇声を上げる。火の不始末、不潔行為、性的異常行為などの症状により、日常生活に困難をきたし、介護を必要とする。 b. 夜間を中心として aと同じ。	a ・ b
	上記の多彩な症状により、常に目を離すことができない。常に介護を必要とする。	
	せん妄(意識混濁に加えて幻覚や錯覚が見られるような状態)、妄想(根拠もなくあれこれと想像する)、興奮、自傷(自分のからだをわざと傷つける)・他害など著しい精神症状や問題行動があり、専門医の治療を必要とする。	

ひどい物忘れがありますか？	・ある ・ときどき ・ない
毎日の生活は自分一人の判断や意思でできますか？	・できる ・いくらか困難 ・見守りが必要 ・できない
自分がしたいこと、言いたいことを相手に伝えられますか？	・伝えられる ・いくらか困難 ・具体的要求に限られる ・伝えられない

1	実際にはないものが見えたり、聞こえたりしますか？	・ある ・ときどき ・ない
2	実際にはなかった事をあったように言うことがありますか？ (例えば、お金をとられたとか、なくなったとか言う)	・ある ・ときどき ・ない
3	昼夜が逆転していますか？(昼間に寝ていることが多く、夜間(深夜、早朝)動き回ったり、大声を出したりする)	・ある ・ときどき ・ない

(様式 4)

4	今までになかったような暴言をほくことがありますか？	・ある ・ときどき ・ない
5	介護者に暴行を加えることがありますか？	・ある ・ときどき ・ない
6	介護に抵抗または拒否することができますか？	・ある ・ときどき ・ない
7	目的もなく歩き回ったり外出したりすることができますか？	・ある ・ときどき ・ない
8	外出して帰れなくなったことがありますか？	・ある ・ときどき ・ない
9	ガスコンロの消し忘れなど火の不始末がありますか？	・ある ・ときどき ・ない
10	排便後などに、便や尿に触ったりすることができますか？	・ある ・ときどき ・ない
11	本来食べられないものを食べたり、食べようと口に入れたりするようなことがありますか？	・ある ・ときどき ・ない
12	まわりが迷惑するような性的問題行動がありますか？	・ある ・ときどき ・ない
1から12までの質問の他に問題行動がありますか？		・ある() ・ない

(3-4)

精神科・神経科・心療内科にかかっていますか？	・かかっている ・かかっていない
かかっている病名などがわかれば記入してください。	

(3-5)

利用者の利き腕はどちらですか？	・右利き ・左利き
身長と体重は？(測れないときはおおよそで結構です)	身長 cm 体重 kg
過去6ヶ月月の体重の変化がありますか？	・増えた ・維持 ・減った
腕・肢(足)・指などに欠損がありますか？	ある (部位) ない
麻痺や力が入らず不自由なところがありますか？	ある (部位) ない
筋力の低下がありますか？	ある (部位) ない
関節が動きにくく、不自由なところがありますか？	ある (部位) ない
関節のどこかに痛みがありますか？	ある (部位) ない
自分の意思ではない体の動きがありますか？ (例えば、手の指がふるえる、顔面がけいれんするなど)	ある (部位) ない
現在、床ずれ(じょくそう)がありますか？	ある (部位) ない
床ずれ(じょくそう)以外の皮膚の病気がありますか？	ある (部位) ない

(4-1)

屋外歩行ができますか？	・できる ・介助がいる ・できない
車いすを使用していますか？	・使用していない ・使用していて自分で操作できる ・使用していて介助がいる
杖、歩行器、シルバーカーなどの歩行補助具や装具を使用していますか？ (複数回答可)	・使用していない ・屋外で使用している ・屋内で使用している

(様式 4)

(4-2)

食事は自分一人でできますか？	・できる ・なんとか ・できない
現在の栄養状態は良好ですか？	・良好 ・不良

(4-3)

便や尿をもらすことがありますか？ (便意や尿意がわからないことがありますか？)	・ある ・ときどき ・ない
よく転んだりしませんか？	・ある ・ときどき ・ない
移動する力がありますか？	・保たれている ・低下 ・悪い
苦しそうな息をしていないですか？	・ある ・ときどき ・ない
閉じこもりがありますか？	・ある ・ない
意欲の低下がありますか？	・ある ・ない
食欲不振がなく食事は十分取れていますか？	・取れている ・取れていない
食べ物や飲み物をスムーズに飲むことができますか？	・できる ・何とか ・できない
水分補給は十分にできていますか？	・できている ・できていない
風邪などの感染症によくかかりますか？	・ある ・たまに ・ない
がん等によるひどい痛みがありますか？	・ある ・ない

(4-5)

現在受けているか、今後受けたい医学的な管理を要する介護サービスは何ですか？ 1.訪問診療 2.訪問看護 3.看護職員の訪問による相談・支援 4.訪問歯科診療 5.訪問薬剤管理指導 6.訪問リハビリテーション 7.短期入所療養介護 8.訪問 歯科衛生指導 9.訪問栄養食事指導 10.通所リハビリテーション	左の番号を記入してください。 () ・ () () ・ () () ・ () () ・ ()
上記サービス以外で現在受けているか、今後受けたい介護サービスは何ですか？ 11.訪問介護 12.訪問入浴 13.通所介護 14.福祉用具の貸与 15.福祉用具販売 16.住宅改修 17.老人保健施設 18.老人福祉施設 19.療養型医療施設 20.その他のサービス	左の番号を記入してください。 () ・ () () ・ () その他 ()

(5)

<p>その他(ご家族様・担当ケアマネジャー様へ)</p> <p>介護をしていて困ったり、主治医に伝えておきたいこと、区分変更の理由、福祉用具レンタルの必要性の理由などがあれば、記入してください。</p>

ご協力ありがとうございました。

(様式 5)

堺市口腔保健センター

宛

大阪狭山市・堺市美原区
歯科医師会事務局

記入者名	ふりがな
所属・間柄等	
連絡先	TEL () その他

歯科訪問診療申込書

(わかる範囲内でご記入ください)

申込日 年 月 日

受診者 お名前	ふりがな 男・女	生年月日 大正・昭和 年 月 日 (歳)
ご住所	〒	TEL () FAX () その他

介護者 お名前	ふりがな	本人との間柄(詳しく)
ご住所	〒	TEL () FAX () その他

介護支援 専門員	ふりがな お名前	所属
連絡先	〒	TEL () FAX () その他

(診療希望者の状況)

主 訴	1 入れ歯 …… 破損、痛み、作成、調子が悪い 2 歯が …… 痛い、ぐらぐらする、虫歯、とれた 3 歯ぐきが …… 痛い、腫れている、出血 4 口腔ケア …… 口臭、清掃、嚥下機能訓練	その他
かかりつけ 歯 科 医	あり (医院名) ・ なし	TEL () FAX ()
主 治 医	お名前 所属	TEL () FAX ()
主たる病名		
可能な姿勢	・ いすに座る ・ 車いすに乗る ・ ベッド等を起こした状態 ・ 寝たまま 特記事項 ()	
介護区分	(要支援) 1 2 (要介護) 1 2 3 4 5	身障 手帳 有(級) ・ 無

堺市口腔保健センター

FAX 072-243-3088

大阪狭山・堺市美原区歯科医師会事務局

FAX 072-368-6657

(様式 6)

医師と薬剤師との連絡票

医療機関	⇔	薬局名
所在地		所在地
TEL FAX		TEL FAX
医師 先生 御侍史		薬剤師氏名

日頃より大変お世話になっております。下記の件につき先生と連絡をとりたいと思います。お忙しいところ誠に恐れ入りますが、ご都合の良い連絡方法等につきまして、ご回答をお願いいたします。

*なお、この照会を行うこと及び先生から情報提供いただくことについては、

- ご本人・ご家族 の同意を得て、ご連絡いたします。 同意した日 平成 年 月 日
 ご本人の心身状況から同意は得られておりませんが、ご本人のために必要がありますのでご連絡いたします。

本人	氏名	介護度	申請中	区変中	要支援	1・2
	住所	認定期間	要介護 1・2・3・4・5			
		TEL	年 月 日～ 年 月 日			
		主介護者	関係 ()			
生年月日 明・大・昭和 年 月 日生 (歳)		男 ・ 女				
照会目的	<input type="checkbox"/> 患者の医療・看護・介護・病状の医学的意見・指示について <input type="checkbox"/> 医療系サービスを導入するにあたり、主治医の意見・相談など <input type="checkbox"/> 患者の下記状況についての相談 <input type="checkbox"/> 訪問服薬管理指導（介護保険の場合、居宅療養管理指導）の指示について <input type="checkbox"/> 処方内容等照会について <input type="checkbox"/> その他					
<照会・相談・報告内容>						

医師からの回答(返信)

*この連絡票での回答では、診療情報提供料の算定はできません。

連絡方法等	<input type="checkbox"/> 直接会って話をします (日時: 月 日 時頃ご連絡ください)
	<input type="checkbox"/> 電話で話をします (日時: 月 日 時頃に電話をください・します)
	<input type="checkbox"/> 文書で回答します <input type="checkbox"/> FAXで回答します
平成 年 月 日 医師名	

堺市薬剤師会地域医療連携室 作成

(様式 7)

介護支援専門員と薬剤師との連絡票

居宅介護支援 事業所名	⇔	薬局名
所在地		所在地
TEL FAX		TEL FAX
介護支援専門員氏名		薬剤師氏名

*本人の同意について

- ご本人の同意を得ています。 同意した日 平成 年 月 日
- ご本人の心身状況から同意は得られておりませんが、ご本人のために必要がありますのでご連絡いたします。

本人	氏名	介護度	申請中 区変中 要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5
	住所	認定期間	年 月 日 ~ 年 月 日
		TEL	
		主介護者	関係 ()
生年月日月・大・昭和 年 月 日生 (歳)		男 ・ 女	
連絡 内容・理由	<input type="checkbox"/> 挨拶 <input type="checkbox"/> 本人の状況の相談・報告 <input type="checkbox"/> 治療方針 <input type="checkbox"/> 服薬状況 <input type="checkbox"/> 留意事項 <input type="checkbox"/> サービス担当者会議の依頼	<input type="checkbox"/> ケアプラン作成 <input type="checkbox"/> サービス内容 <input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導・在宅訪問服薬管理指導 <input type="checkbox"/> その他；	
<本人の照会・相談・報告内容>			
平成 年 月 日 氏名			

返信

平成 年 月 日 氏名			

(様式 8)

訪問薬剤管理指導報告書

平成 年 月 日

様

フリガナ		訪問日	平成 年 月 日
患者氏名		訪問薬剤師	
	明・大・昭・平 年 月 日生	薬局名	
	性別 (男・女) 年齢 歳	住所	〒
住所	〒	TEL	
	TEL FAX	FAX	
介護度	申請中 区変中 要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5		

訪問の目標	
目標達成のためにやるべきこと	

既往歴 現疾患		管理状況	
他科受診	無・有	調剤方法	
併用薬品	無・有	サプリメント 嗜好	
患者主訴			

指導内容	説明・指導対象者 本人 ・ 家族() ・ その他()
報告事項	

(様式 9)

堺市薬剤師会地域医療連携室 宛

平成 年 月 日

TEL 072-280-1873 FAX 072-280-1918

薬剤師による訪問薬剤管理指導依頼書

*本人の同意について	
<input type="checkbox"/>	ご本人、ご家族の同意を得て、ご連絡いたします。 同意した日 平成 年 月 日
<input type="checkbox"/>	ご本人の心身状況から同意は得られていませんが、ご本人のために必要がありますのでご連絡いたします。
ふりがな	生年月日 明・大・昭 年 月 日
患者 お名前	性別 男・女 年齢 (歳)
	TEL
連絡先	ご住所
ふりがな	
申込者 お名前	病院・主治医・介護支援専門員・ご家族 その他()
連絡先	ご住所 TEL
依頼内容	<input type="checkbox"/> コンプライアンス不良(服薬指導) <input type="checkbox"/> 飲み忘れの対処(一包化、剤形の再検討) <input type="checkbox"/> 重複、相互作用の要チェック <input type="checkbox"/> 薬剤によるADL低下の可能性(転倒など) <input type="checkbox"/> 副作用のチェック・再発防止が必要 <input type="checkbox"/> 水分量のチェック <input type="checkbox"/> 処方内容の理解が不足 <input type="checkbox"/> 剤型の要検討 <input type="checkbox"/> 居宅療養薬剤管理指導が必要 <input type="checkbox"/> 訪問服薬管理指導が必要 <input type="checkbox"/> 退院時カンファレンス <input type="checkbox"/> その他
生活情報	認知及び意思決定 <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> いくらか困難 <input type="checkbox"/> 判断できない <input type="checkbox"/> 不明
	指示・理解 <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> やや不良 <input type="checkbox"/> 不良
	ADL <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 要介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	手指の機能 <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> やや不良 <input type="checkbox"/> 不良
	視力 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 見え難い <input type="checkbox"/> 見えない <input type="checkbox"/> 眼鏡使用
	聴力 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 聞こえ難い <input type="checkbox"/> 聞こえない <input type="checkbox"/> 補聴器使用
	嚥下障害 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経管(鼻腔・胃) <input type="checkbox"/> TPN
	義歯装着 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (問題点:)
	薬剤管理 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他()
服用方法 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他()	
主な病名	服用薬剤 <input type="checkbox"/> 別紙添付処方箋あり
既往歴	<input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 低血圧 <input type="checkbox"/> 脳卒中 <input type="checkbox"/> 肺炎 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 骨折など(部位:) <input type="checkbox"/> パーキンソン症候群 <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> その他()

【備考】

主治医		TEL
介護支援専門員		TEL
主介護者情報	名前	関係
	住所	TEL

訪問看護師からの連絡シート

平成 年 月 日

宛名	事業所名	発信元	所属事業所
	氏名		氏名
利用者	(ふりがな)		TEL — —
	氏名		FAX — —

いつもお世話になっております。

上記のご利用者様の訪問看護を担当しております。ご利用者様の身体状況の報告や注意を要する事項等について、ご意見いただきたいと思っております。よろしく申し上げます。

(ご報告 : ご相談) させていただきたい事があります

利用者の現状について

利用者の気をつけることについて

その他 { }

<連絡及び報告>

*なお、この照会を行うこと及び患者様からの情報提供を頂くことについては

ご本人・ご家族の同意を得て、ご連絡しております。 同意した日：平成 年 月 日

ご本人・ご家族の同意は得られておりませんが、ご本人のために必要ですのでご連絡致します。

返 信

回答内容

電話します (月 日 時頃 ご連絡ください)

文書・FAX 回答します

確認しました

上記の通り連絡致します。

平成 年 月 日

事業所名

氏名

病院
提出先部署
御中

事業所名	のりづけ
TEL	
FAX	
携帯電話	
担当者名	

入院時連携シート

※患者様の退院の見通しが立てば上記事業所への連絡と看護サマリーをお願いします。平成 年 月 日提出

フリガナ氏名	様	生年月日	M T S 年 月 日	住所	市区
緊急連絡先	① (続柄) ② (続柄)			住所 住所 Tel Tel	家族構成 <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性 (年齢) 罫線で結ぶ ★キーパーソン
介護保険	申請中 (/ 付) ・ 要支援 (1・2) 要介護 (1・2・3・4・5) 認定有期間 (~)				
かかりつけ医 (連絡先)	① ②			Tel Tel	
身障手帳等	無 ・ 有 (身体 ・ 知的 ・ 精神 ・ 特疾) 内容・等級 ()		住環境	持家 ・ 借家 (一戸建 ・ 集合住宅 ・ 文化住宅) 住環境上の問題 / 無 ・ 有 トイレ 和式 洋式 段差 あり (段) なし エレベーター あり なし 駐車場 あり なし	
既往歴					
介護サービス等	フォーマル (福祉サービス含む) <input type="checkbox"/> ヘルパー (/週) <input type="checkbox"/> 訪問看護 (/週) <input type="checkbox"/> デイ (/週) <input type="checkbox"/> 訪問リハ (/週) <input type="checkbox"/> ショート <input type="checkbox"/> 福祉用具レンタル			インフォーマル (家族の介護力・支援状況含む)	
普段の移乗・移動	寝返り	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助	食生活・口腔	摂取方法・形態等 自立 ・ 一部介助 ・ 全介助	
	起き上がり	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助		経口 (普通食・軟飯・粥・きざみ食・ミキサー食) 経管 経鼻 Fr. PEG 嚥下・口腔ケア 自立 ・ 一部介助 ・ 全介助	
移動	立ち上がり	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助	清潔	保清 (入浴・清拭) 自立 ・ 一部介助 ・ 全介助	
	座位	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助		着脱・整容 自立 ・ 一部介助 ・ 全介助	
排泄	立位	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助	服薬状況	管理・飲み方など 自立 ・ 一部介助 ・ 全介助	
	移乗	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助			
	歩行	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助	認知症	無 ・ 有 (軽度 ・ 中度 ・ 重度)	
	移動手段	杖 ・ 歩行器 ・ 車いす		短期記憶 <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり 意思の伝達能力 <input type="checkbox"/> 伝えられる <input type="checkbox"/> いづらか困難 <input type="checkbox"/> 具体的要求に限られる <input type="checkbox"/> 伝えられない 周辺症状 <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> その他	
コミュニケーション障害など 支援無 ・ 有 (視力・聴力・発語など状況含む)					
在宅での生活課題・その他特記事項					

* このシートにおける個人情報の取り扱いについては、本人もしくは家族に同意を得ています。

* 間違ってもFAXが届きましたら、お手数ですが上記連絡先までご連絡いただきますよう、お願いいたします。

(様式 12)

多職種のための連絡票(自由様式)

平成 年 月 日

宛 先	住所 〒 —	発信元	(名刺を貼ることができます)		
	氏名		住所 〒 —	TEL — —	FAX — —
			所属事業所 氏 名		

ふりがな 利用者氏名	性別(男・女)	生年月日	明・大・昭・平	年	月	日	(歳)
	(未申請 申請中 自立 要支援 1 2 要介護 1 2 3 4 5)						
住所 〒 —				TEL	—	—	
				FAX	—	—	

『	』について
---	-------