

【入院時情報連携シート (入院時連携シート)】

様式1-1(両面版)

年 月 日作成

事業所名		TEL	
担当者名		FAX	

ふりがな			
本人氏名	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年 月 日生 () 歳
住所			TEL
介護保険	介護度	認定期間	年 月 日～ 年 月 日
障害等認定	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 精神保健福祉手帳 その他:		
認知症	認知症の日常生活自立度 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M		
	認知症の周辺症状		
経済状況	<input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 生活保護 その他:		
住居状況	<input type="checkbox"/> 自宅・ <input type="checkbox"/> 借家 / <input type="checkbox"/> 一戸建て・ <input type="checkbox"/> 集合住宅 / 自室: <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有 階 住宅改修工事: <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有		
本人・家族の意向	年 月 日時点		
自宅環境の課題 自宅周囲の問題点			(家族構成) ◎回=本人、○=女性、□=男性 ●■=死亡、☆=キーパーソン 主介護者に「主」、副介護者に「副」 (同居家族は○で囲む)
緊急連絡先	名前	続柄	連絡先
			家族構成
			家族の関係性・家族の介護力

《現在利用しているサービス》

サービス内容	事業所名	利用頻度
		回/ <input type="checkbox"/> 週 <input type="checkbox"/> 月
		回/ <input type="checkbox"/> 週 <input type="checkbox"/> 月
		回/ <input type="checkbox"/> 週 <input type="checkbox"/> 月
		回/ <input type="checkbox"/> 週 <input type="checkbox"/> 月
		回/ <input type="checkbox"/> 週 <input type="checkbox"/> 月

(表)

今までの生活歴			
現在の生活状況 (どんな暮らしを送っているか)	1日の生活・過ごし方・特徴・こだわり		趣味・楽しみ・特技
	時間	本人・家族の生活	友人・地域との関係性

現病歴・既往歴・担当医 ○かかりつけ歯科医院() ○かかりつけ薬局()

病名	発症年月日	医療機関名	医師名	住所・電話番号
				TEL:
				TEL:
				TEL:
				TEL:

ADL情報(特記事項があれば記入)

食 事	
口 腔	
移 動	
入 浴	
排 泄	
コミュニケーション	
そ の 他	
備 考	

(裏)

上記利用者の入院にあたり、情報提供を受けました。

年 月 日 医療機関名 氏名

【入院時情報連携シート（入院時連携シート）】

様式1-2

年 月 日作成

事業所名	電話番号		担当者名	
ふりがな	性別	生年月日	年	月
本人氏名			日	才
住所				
介護保険	介護度	認定期間終了日	年	月
障害等認定	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 精神保健福祉手帳 その他:			
認知症	認知症の日常生活自立度	認知症の周辺症状		
経済状況	その他:			
緊急時連絡先	名前	続柄	連絡先	家族構成(ジェノグラム)
本人・家族の希望	<input type="checkbox"/> 入院時 <input type="checkbox"/> 体調悪化前			
家族の関係性・家族の介護力				
自宅環境の課題・自宅周囲の問題点				
生活歴(入院に至るまでの経緯も含む)				
1日の生活・過ごし方(特徴・こだわり・趣味・楽しみ)				
現在利用しているサービス(事業所名・サービス内容・利用頻度)				
【現病歴・既往歴・担当医】○かかりつけ歯科医院 () ○かかりつけ薬局 ()				
発症日	病名	医療機関名	医師名	連絡先
年 月				
年 月				
年 月				
【ADL情報】 年 月 日時点				
移動方法	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 杖使用 <input type="checkbox"/> 車椅子使用 <input type="checkbox"/> 歩行器使用 <input type="checkbox"/> 装具・補装具使用			
移乗方法	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			
口腔清潔	<input type="checkbox"/> 自分の歯 <input type="checkbox"/> 義歯 (<input type="checkbox"/> 全義歯 <input type="checkbox"/> 部分) <input type="checkbox"/> 経管栄養 口腔清掃: <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 摂食嚥下状況: <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 問題あり () 口腔内衛生状況: <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良			
食事	<input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 治療食 () アレルギー: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () 介助: <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 見守り 摂取方法: <input type="checkbox"/> 箸 <input type="checkbox"/> スプーン <input type="checkbox"/> その他 形態・主食: <input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> ミキサー 副食: <input type="checkbox"/> 通常 <input type="checkbox"/> 一口大 <input checked="" type="checkbox"/> キザミ <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> トロミ			
更衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			
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			
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 方法: <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> オムツ			
備考				
上記利用者の入院にあたり、情報提供を受けました。				
年 月 日	医療機関名		氏名	

《記入の際のポイント》

- ★ 患者の状態像を捉え、その患者にとって必要な情報は何かを十分にアセスメントしたうえで、情報提供することが大切です。
- ★ 医療機関側と在宅側で必要な情報は異なります。医療機関とケアマネージャーで意見交換をしたり、聞きにくいことはMCS等を活用しながら情報提供を図りましょう。

【入院時情報連携シート（入院時連携シート）】 様式1-1(両面版)

年 月 日作成

事業所名		TEL	
担当者名		FAX	
ふりがな			
本人氏名	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年 月 日生 () 歳
住所			TEL
介護保険	介護度	認定期間	年 月 日～ 年 月 日
障害等認定	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 精神保健福祉手帳 その他:		
認知症	認知症の日常生活自立度 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M		
	認知症の周辺症状		
経済状況	<input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 生活保護 その他:		
住居状況	<input type="checkbox"/> 自宅・ <input type="checkbox"/> 借家 / <input type="checkbox"/> 一戸建て・ <input type="checkbox"/> 集合住宅 / 自室: <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有 階 住宅改修工事: <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有		
本人・家族の意向	年 月 日時点 目標や夢、暮らしに対するこだわりなどを記入する欄。 「自宅でも病院でも本人が本人らしく暮らし続けられるように」という今回の事業の核となる部分。 元気な頃の意向か、入院に繋がる疾患を発症した後の意向かを明確にするため、日付を記入する		
自宅環境の課題・自宅周囲の問題点	ベッドからトイレまでの距離や、リハビリ等においてあがれるようにならない段差、また隣家との距離など、在宅療養のために必要な事柄をわかりやすく記入。 記入方法は見取り図、文章どちらでも可。		(家族構成) ◎回=本人、○=女性、□=男性 ●■=死亡、☆=キーパーソン 主介護者に「主」、副介護者に「副」 (同居家族は○で囲む)
緊急連絡先	家族構成はジェノグラムで記載 家族間のトラブルや、家族と関わる際に気を付けるべき事項があれば記入する。		
	名前	続柄	連絡先
		家族の関係性・家族の介護力	

《現在利用しているサービス》

サービス内容	事業所名	利用頻度
		回 / <input type="checkbox"/> 週 <input type="checkbox"/> 月
		回 / <input type="checkbox"/> 週 <input type="checkbox"/> 月
		回 / <input type="checkbox"/> 週 <input type="checkbox"/> 月
		回 / <input type="checkbox"/> 週 <input type="checkbox"/> 月
		回 / <input type="checkbox"/> 週 <input type="checkbox"/> 月

今までの生活歴	<ul style="list-style-type: none"> ・当該利用者の現在までの生活について、主要な出来事を時間の経過順に記載する。 ・職業や転居、家族史、家族との関係、居住環境などについて記載する。 ・これまでの生活歴を知ることで日頃の会話が広がる。関わり方のヒントになる。 		
現在の生活状況 (どんな暮らしを送っているか)	1日の生活・過ごし方・特徴・こだわり		趣味・楽しみ・特技
	<ul style="list-style-type: none"> ・病院側が特徴を知ること、本人に合わせた多様なかわり方が出来るようになる。 		<ul style="list-style-type: none"> ・リハビリやボランティアの訪問など、病院内での活動に意欲を持たせるために必要な情報。 ・また、リハビリや退院の際の目標設定が明確になる。
	時間	本人・家族の生活	友人・地域との関係性
	<ul style="list-style-type: none"> ・本人の起床から睡眠までの一日の流れに沿って食事・入浴・買い物、仕事や日課にしていること等を記載する。 ・寝たきりで完全に家族へ依存している場合は家族がどのように関わっているかまでを記載する。 ・家での生活を極力崩さずに病院での生活が送れることで、在宅生活への移行がスムーズに出来るようになる。 		<ul style="list-style-type: none"> ・退院後にどれだけの人に関わってくれる可能性があるのかを知ることで、退院後の生活が見えてくる。 ・退院時指導の際のサービスを選定する時のヒントにもなる。

現病歴・既往歴・担当医

かかりつけ歯科医院(

) かかりつけ薬局(

)

病名	発症年月日	医療機関名	医師名	住所・電話番号
<ul style="list-style-type: none"> ・主治医意見書からの情報や利用者・家族からの聴取をもとに、利用者の主な既往歴と治療・服薬の状況について時間の経過順に記載する。 ・複数の診療科があった場合など、本人や家族からの聞き取りだけでは漏れる場合があるため記載をお願いしたい。 				TEL:
				TEL:
				TEL:
				TEL:

ADL情報(特記事項があれば記入)

食 事	
口 腔	
移 動	
入 浴	<ul style="list-style-type: none"> ・表面上は特に問題はなさそうに見えるが注意が必要なこと。本人や家族からの聞き取りだけでは見えてこないような情報を記載する。 ・詳細が記入出来る様、選択式ではなく自由記載としている。
排 泄	
コミュニケーション	
そ の 他	
備 考	

(裏)

上記利用者の入院にあたり、情報提供を受けました。

年

月

日

医療機関名

氏名

《記入例》

【入院時情報連携シート（入院時連携シート）】

介護支援専門員⇒医療機関

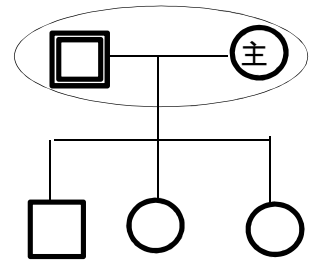
様式1-1(両面版)

平成 27 年 6 月 1 日作成

事業所名	出水居宅介護支援事業所	TEL	〇〇-〇〇〇〇
担当者名	出水よし子	FAX	△△-△△△△

ふりがな	あくね たろう		
本人氏名	阿久根太郎	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成
住所	阿久根市〇〇町△△1-2-3		TEL 〇△-△〇◆〇
介護保険	介護度 要介護2	認定期間	平成 26 年 11 月 1 日～平成 27 年 10 月 31 日
障害等認定	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 精神保健福祉手帳 <input checked="" type="checkbox"/> その他 (特定疾患医療受給者証)		
認知症	認知症の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input checked="" type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M	
	認知症の周辺症状	夢と現実の区別がつかず夜中に徘徊したことがある。いないはずの人が見える。	
経済状況	<input type="checkbox"/> 国民年金 <input checked="" type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 生活保護 その他:		
住居状況	<input checked="" type="checkbox"/> 自宅・ <input type="checkbox"/> 借家 / <input checked="" type="checkbox"/> 一戸建て・ <input type="checkbox"/> 集合住宅 / 自室: <input type="checkbox"/> 無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 1 階 住宅改修工事: <input type="checkbox"/> 無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有		
本人・家族の意向	平成 27 年 5 月 20 日時点 (本人) 旅行が好きでしたが北海道だけは行っていません。いつか北海道に旅行に行つて駅弁を食べたい。 夜中に無意識に家を飛び出したりする。自分が寝ると何をするかわからず不安になる。この症状をどうにか治したい。 (妻) 幻覚が出始めてから夜中は1時間おきに起こされてほとんど眠れていません。せめて幻覚のなかった1か月前の状態に戻してほしい。		
自宅環境の課題 自宅周囲の問題点	玄関に15cmの上り框があるが、それ以外は段差もない。自宅は山の傾斜にある住宅地。普段はひとりで歩くことも出来ない。		◎回=本人、○=女性、□=男性 ●■=死亡、☆=キーパーソン 主介護者に「主」、副介護者に「副」 (同居家族は○で囲む)
緊急連絡先	名前	続柄	
	平尾次郎	長男	090-0000-0000
	大野原花子	長女	080-0000-0000
			家族の関係性・家族の介護力 妻と二人暮らしで妻は日中仕事をしている。 子供は皆、遠方におり協力は望めない。

家族構成



《現在利用しているサービス》

サービス内容	事業所名	利用頻度
通所介護	〇〇デイサービスセンター	3 回 / <input checked="" type="checkbox"/> 週 <input type="checkbox"/> 月
		回 / <input type="checkbox"/> 週 <input type="checkbox"/> 月
		回 / <input type="checkbox"/> 週 <input type="checkbox"/> 月
		回 / <input type="checkbox"/> 週 <input type="checkbox"/> 月
		回 / <input type="checkbox"/> 週 <input type="checkbox"/> 月

(表)

今までの生活歴	鹿児島市出身。若いころは大阪に出て運送会社に勤めていた。親が高齢になったことを機に子供たちを大阪に残し鹿児島に帰ってくる。 鹿児島に帰って来てすぐの平成15年にパーキンソン病を発症。だままだまし宅配などのパートを続けてきたがすくみ足がひどくなり平成20年に仕事を辞めている。		
現在の生活状況	1日の生活・過ごし方・特徴・こだわり		趣味・楽しみ・特技
	家事は妻が行う。 朝は仕事をしていた頃の習慣で5時には起きる。 徘徊を始めるのは夜、寝入った22時から23時頃が多い。		仲の良い3家族で毎年旅行に行っていた。 若い頃からゴルフやギャンブルなど趣味が多く、遊びは何でもしていた。
(どんな暮らしを送っているか)	時間	本人・家族の生活	友人・地域との関係性
	5:00	起床。寝起きは一番体の動きが悪い	社交的な方で、学生時代の友人や会社関係者などと現在もつながりがある。ただ、パーキンソン病がひどくなってから徐々に関わりが減ってきている。地域行事には主に妻が参加している。民生委員や自治会長とは顔なじみ。
	6:30	朝食・新聞、マッサージ機にのる	
	12:00	昼食	
	18:30	夕食	
	20:00	入浴	
	21:30	就寝	
	23:00	徘徊して家を出た事あり	

現病歴・既往歴・担当医 ○かかりつけ歯科医院(○○歯科医院) ○かかりつけ薬局(△○調剤薬局)

病名	発症年月日	医療機関名	医師名	住所・電話番号
パーキンソン病関連疾患	平成15年9月	○○病院	境 太郎	阿久根市△△町1-1-1 TEL: ○△-○△○△
レム睡眠運動障害	平成27年4月	○○クリニック	野田 次郎	阿久根市○○町2-2-2 TEL: ○△-△◆△◆
				TEL:
				TEL:

ADL情報(特記事項があれば記入)

食 事	フォークやスプーンで摂取。振戦が強くと体の固まる時が2時間おきにあり、そんな時はひとりでは食べられなくなる。飲み込みは問題ない。
口 腔	自分の歯はなく全て義歯。口腔内が乾燥しやすく、歯を磨くと出血がみられる。
移 動	かなり前かがみで歩く。歩き出すと止まれなくなる時が多く、そんな時は自分から前に倒れこむ。そのため膝にはいつもあざがある。物を持っては歩けない。屋外では車椅子で移乗することが多い
入 浴	妻が家で入れている。背中に手が回らず介助を受けている。
排 泄	便秘がち。下痢で排便する。夜中や朝方は足が進まないため妻が抱えるようにしてトイレへ移動する。
コミュニケーション	パーキンソン病の薬を飲んで調子のいい時は『目の前に人がいる』などはっきりした幻覚を見ている。薬が切れるとすくみ足や振戦がひどくなり固まる。この時は全く話が出来ない。
そ の 他	夜中など夢の中にいる感覚の時は普段考えられないような体の動きを見せる。高いフェンスをよじ登っていたり、100m以上の距離を徘徊していたこともある。
備 考	

(裏)

上記利用者の入院にあたり、情報提供を受けました。

平成 年 月 日 医療機関名 氏名