

【介護支援連携シート（基本情報連携シート）】

(excel版)

医療機関名				入院日	年	月	日
実施日	年	月	日				
担当者			職種				
ふりがな			性別	<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女		
患者氏名	様	生年月日	年	月	日生	歳	
病名							
主治医からの説明 (治療・入院予定期間)							

【ご本人の希望(患者様がどのように希望しましたか)】

【ご家族の希望(ご家族がどのように希望しましたか)】

【意向を踏まえてサービス導入に至った理由と予定サービス(説明内容)】

【支援計画の内容 (これから何をしていくか)】

【介護保険の情報 (この時点での介護認定状況と担当者)】

介護保険情報	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 申請中	<input type="checkbox"/> 要支援 ()	<input type="checkbox"/> 要介護 ()
認定期間	年 月 日 ~		年 月 日	
事業所	介護支援専門員			

【各専門職より情報提供(情報提供するものに☑を記入)】

- 患者様基本情報:[]
- ケア情報 : 看護サマリー (口腔の情報: あり・ なし)
↳※口腔の情報がある場合は看護サマリーの特記事項等に御記入ください。
- INA ネット情報 MCS情報 リハビリ情報[]
- その他[]

情報提供同意： 介護支援専門員へ上記の情報提供について下記の署名をもって同意します。
介護支援専門員が必要とする各専門職(看護・薬剤・リハビリなど)からの情報提供にも承諾します。

年 月 日

ご本人・ご家族の署名 (同意について)

(続柄)

※ご本人・ご家族へ原本をお渡しします。

※指導料算定には介護支援専門員の来院とケアプラン添付を要する。

【介護支援連携シート（基本情報連携シート）】

(excel版)

- * 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共有を図りましょう。

医療機関名	○△病院		入院日	平成 30 年 2 月 14 日	
実施日	平成 30 年 2 月 28 日				
担当者	出水 花子		職種	社会福祉士	
ふりがな	あくね じろう		性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
患者氏名	阿久根 次郎 様		生年月日	昭和 13 年 5 月 26 日生 80 歳	
病名	パーキンソン病				
主治医からの説明 (治療・入院予定期間)	入院予定期間は○○週間で、○○の治療を行う予定です。				

【ご本人の希望(患者様がどのように希望しましたか)】

できるだけ自宅で生活したい。自宅で裁縫をしたい。

【ご家族の希望(ご家族がどのように希望しましたか)】

できるだけ自宅で生活させてあげたいが、日中独居となってしまう。入院継続または転院での長期療養を考慮したが、本人が少しでも自宅で過ごしたいと希望しているので、それが可能なサービスを身近な所で利用し、心穏やかに生活させてあげたい。

【意向を踏まえてサービス導入に至った理由と予定サービス(説明内容)】

○△病院退院後は、ご本人は自宅へ帰りたいと考えているが、同居のご家族は共働きで日中独居となることから常時見守ることは難しい。

今回は、馴染みのある通所施設を利用しながら、心穏やかに生活できるよう整えていく。

【支援計画の内容 (これから何をしていくか)】

担当する介護支援専門員の方と退院の調整を行なっていく。

【介護保険の情報 (この時点での介護認定状況と担当者)】

介護保険情報	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 要支援 () <input checked="" type="checkbox"/> 要介護 (2)				
認定期間	平成 29 年 7 月 1 日 ~ 平成 30 年 6 月 30 日				
事業所	居宅介護支援事業所 △△		介護支援専門員	○○ ○○	

【各専門職より情報提供(情報提供するものに☑を記入)】

- 患者様基本情報:[]
- ケア情報 : 看護サマリー (口腔の情報: あり・ なし)
↳※口腔の情報がある場合は看護サマリーの特記事項等に御記入ください。
- INA ネット情報 MCS情報 リハビリ情報 []
- その他[]

情報提供同意： 介護支援専門員へ上記の情報提供について下記の署名をもって同意します。
介護支援専門員が必要とする各専門職(看護・薬剤・リハビリなど)からの情報提供にも承諾します。

年 月 日

ご本人・ご家族の署名 (同意について)

(続柄)

※ご本人・ご家族へ原本をお渡しします。

※指導料算定には介護支援専門員の来院とケアプラン添付を要する。