

入院時情報提供シート(ケアマネジャー→医療機関) 情報提供日 R4年 〇月 〇日

面談 郵送 その他()

居宅介護支援事業所 ○〇事業所

入院日 R4年 〇月 〇日

連絡先(Tel) ○〇-〇〇〇〇

担当ケアマネジャー 上天草 芥子

フリガナ 氏名	アマクサ タロウ 天草 太郎 様	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日	S15 年 1 月 1 日 (82 歳)						
住所	天草市亀場町食場〇〇—〇〇						Tel	〇〇—〇〇〇〇		
家族構成・状況 妻と2人暮らし 長女 天草 長男 福岡	主介護者	氏名	天草 花子			続柄	妻	Tel	〇〇—〇〇〇〇	
	キーパーソン	氏名	天草 花子			続柄	妻	Tel	〇〇—〇〇〇〇	
	介護力 家族関係等	妻と2人暮らし、介護サービスを利用しながらの生活 家事全般は妻が行っている 時々長女の訪問有(2ヶ月に1回)								
かかりつけの医療機関	医療機関名	〇〇医院			医師名	〇〇先生			受診頻度	月に1回
		〇〇整形外科				〇〇先生				月に1回
既往歴	両膝関節症 高血圧 認知症 脳梗塞			アレルギー 感染の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (アルコール綿、金属、食物等)					
				医療処置等	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (膀胱瘻、腎瘻、胃瘻、褥瘡、インスリン等)					
介護保険	認定内容	<input type="checkbox"/> 総合事業対象者 <input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input checked="" type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5 <input type="checkbox"/> 申請中 (<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 更新 <input type="checkbox"/> 区分変更)								
	有効期限	R3 年 1 月 1 日				~ R4 年 12 月 31 日				
	週間サービス		日	月	火	水	木	金	土	その他(週間以外)
		午前		デイサービス			デイサービス			ベッドレンタル たちアップ手すり
		午後		デイサービス			デイサービス			
	住宅改修	<input checked="" type="checkbox"/> 済 (改修場所: 玄関上がりかまち、トイレ、浴室、廊下、手すり設置)								
障害高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input checked="" type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input checked="" type="checkbox"/> C2									
認知症高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> I <input checked="" type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M									
入院前の状況	食事	<input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			食事形態	<input type="checkbox"/> ペースト <input type="checkbox"/> 刻み <input checked="" type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 他()				
	移動	<input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			移動手段	<input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> シルバーカー <input type="checkbox"/> 歩行器 <input checked="" type="checkbox"/> その他 (手すり伝い歩き)				
	排泄	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> カテーテル等 ()				
	入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			褥瘡	<input checked="" type="checkbox"/> 有 (部位: 仙骨部、臀部) <input type="checkbox"/> 無				
	麻痺	<input checked="" type="checkbox"/> 有 (部位: 左上下肢軽度) <input type="checkbox"/> 無			拘縮	<input checked="" type="checkbox"/> 有 (部位: 左上肢) <input type="checkbox"/> 無				
	義歯	<input checked="" type="checkbox"/> 有 (総義歯) <input type="checkbox"/> 無			咽せ	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> とろみ使用 (水分のみとろみ使用する)				
	認知症状	<input checked="" type="checkbox"/> 有 (症状: 同じことを繰り返し話すためその都度説明する) <input type="checkbox"/> 無								
	精神面	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 幻覚・幻視 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 妄想 <input checked="" type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input checked="" type="checkbox"/> その他 (実際にはないものが見えるということがある)								
	視力	<input type="checkbox"/> 問題なし <input checked="" type="checkbox"/> 困難 (眼鏡使用)			聴力	<input type="checkbox"/> 問題なし <input checked="" type="checkbox"/> 困難 (大きな声で何とか聞こえる)				
	言語	<input type="checkbox"/> 問題なし <input checked="" type="checkbox"/> 困難 (発語なく筆談要)			意思疎通	<input type="checkbox"/> 問題なし <input checked="" type="checkbox"/> 困難 (返事、挨拶程度は可能)				
服薬管理	<input checked="" type="checkbox"/> 自己管理 <input checked="" type="checkbox"/> 他者 (妻)			服用忘れ	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 時々					
備考	脳梗塞後遺症にて軽度左麻痺あるがADLは何とか自立 手すりにつかまり歩行可能 以前入院時、帰宅願望強く早期退院となったことがあった								上記に記載ができないことなどを追記	
今後の生活について ケアマネジャーとしての意見 (在宅での生活に必要な要件や経済的な問題等) (例)・妻も高齢であるため介護負担が増えると自宅での生活は困難。伝い歩きでトイレに移動ができ、玄関先に20cmの階段が3段あるため、階段昇降ができる状態での退院が必要。 ・日中独居のため、トイレ使用またはポータブルトイレの使用が自立していることが必要。 等										

退院時連携シート(医療機関→ケアマネジャー)

ケアマネジャー	上天草 苓子	様	入院日	R4	年	〇	月	〇	日			
医療機関名	〇〇病院	記載者名	看護師	〇〇	〇〇	退院(予定)日	R4	年	〇	月	〇	日
						記載日	R4	年	〇	月	〇	日

フリガナ	アマクサ タロウ		<input checked="" type="checkbox"/> 男	生年月日	S15 年 1 月 1 日 (82 歳)					
氏名	天草 太郎		様	<input type="checkbox"/> 女						
入院の原因疾患	うっ血性心不全			主治医名	〇〇Dr (診療科 循環器内科)					
入院中の診療状況	(経過) <input type="checkbox"/> Nsサマリー参照(重複する部分はNsサマリーを確認ください)			20××年〇月〇日〇時頃、自宅にて呼吸困難感訴え体動困難となり、救急搬送。検査結果にてうっ血性心不全のため入院。入院後酸素開始、点滴・注射(ハンプ・ラシックス)施行し、呼吸状態も安定し、〇月〇日より心臓リハビリ開始。〇月〇日に酸素中止となった。入院時残薬多量にあり、内服1日配薬を試みたが、自己管理は困難。今回訪問看護導入し内服管理、心不全の管理依頼、〇月〇日退院前カンファレンス後自宅退院となる。						
退院後の医療機関・今後の通院予定				緊急時の相談・連絡先	※退院後					
<input checked="" type="checkbox"/> 次回受診あり(日程: 〇月〇日 循環器内科 〇〇Dr)				訪問看護〇〇ステーション						
<input checked="" type="checkbox"/> かかりつけ医への受診 (内服が切れる前に受診)				かかりつけ医 〇〇医院						
<input type="checkbox"/> その他の医療機関()				(TEL) 〇〇-〇〇〇〇						
退院後に必要な医療処置	尿道留置カテーテル、腎瘻、膀胱瘻、人工肛門 胃瘻、在宅酸素、褥瘡、インスリン など			処方内容	<input checked="" type="checkbox"/> 別紙あり					
アレルギー感染状況	ESBL産生菌 〇/〇(日付):便より(+) MRSA 〇/〇(日付):痰より(+)			注射等は単位まで 服薬カレンダー使用						
身体状況	麻痺	<input checked="" type="checkbox"/> 有 (部位: 上下肢とも軽度の左麻痺あり)	<input type="checkbox"/> 無							
	拘縮	<input checked="" type="checkbox"/> 有 (部位: 左手 タオルを挟むなどの対応を行った)	<input type="checkbox"/> 無							
	褥瘡	<input checked="" type="checkbox"/> 有 (部位: 仙骨部、臀部) 処置: (洗浄+ユーパスタ ガーゼ保護)	<input type="checkbox"/> 無							
	皮膚	<input checked="" type="checkbox"/> 洗浄 <input checked="" type="checkbox"/> 軟膏塗布 (アズノール軟膏) <input checked="" type="checkbox"/> ガーゼ交換 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 無							
	口腔内	<input checked="" type="checkbox"/> 問題あり (義歯が合わず、ソフト食摂取 歯科受診し義歯調整が必要)	<input type="checkbox"/> 無							
	嚥下機能	<input type="checkbox"/> 良好 <input checked="" type="checkbox"/> 問題あり (注意点: ムセがあり水分のみとろみ使用)								
	意思疎通	<input type="checkbox"/> 良好 <input checked="" type="checkbox"/> 何とか可能 <input type="checkbox"/> 不可 (発語少ないが 返事や頷きなどでコミュニケーションは可)								
	排便状況	<input type="checkbox"/> 良好 <input checked="" type="checkbox"/> 問題あり (2、3日排便ないときはテレミンソフト挿入し、排便あり)								
	身長・体重	162 cm・ 58 kg	血圧	148 / 75 mmHg	脈拍	67 回	体温	36.5 °C	最終排便	9 月 15 日
	認知機能・精神面の状況	ナースコール指導行方が使用できず、センサーにて対応。時々帰宅願望あり、荷物をまとめたりされるが適宜説明を行い対応した。								
ADLに関すること	<input checked="" type="checkbox"/> Nsサマリー参照(重複する部分はNsサマリーを確認ください)									
	起居動作・寝返り	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 (ベッド柵につかまり可能)								
	移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 / <input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖 <input checked="" type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> シルバーカー <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ベッド								
	食事	<input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			形態	<input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> ソフト食 <input checked="" type="checkbox"/> 軟菜食 <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 経管栄養				
	排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			方法	<input checked="" type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input checked="" type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> オムツ交換				
	入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 (洗髪、背部の洗身のみ介助行った)								
	更衣	<input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			義歯	<input checked="" type="checkbox"/> 総義歯 <input type="checkbox"/> 部分義歯 <input type="checkbox"/> 自歯 ()				
	睡眠	<input type="checkbox"/> 良眠 <input type="checkbox"/> 不眠 <input checked="" type="checkbox"/> 眠剤使用 (入院直後に使用したがその後は内服せず朝まで入眠できた)								
リハビリ状況や注意点	<input type="checkbox"/> リハサマリー参照 元々伝い歩きだが入院によりADL低下あり、歩行器見守りでは歩行可能 階段昇降も支えがあれば可能 転倒リスクが高いため歩行器レンタルし、移動時見守りが必要。									
退院後の生活:医療面での注意点や予後予測(食事制限なども含めて)	デイサービス、訪問看護で体重測定実施し退院時57kgより3kg以上の増加があればかかりつけ医に相談し、受診が必要。 薬:内服カレンダー使用し、訪問看護にて1週間分セット、毎回妻に声かけを依頼。デイサービスや訪問看護利用時に残薬の確認してもらう。 食事:〇/〇 本人、妻へ栄養指導済み 塩分は控えめにしましょう。			今後について(医師説明・家族・本人の意向) 入院時ICIにて:今回の入院で状態悪化し、退院できない可能性がある。心不全は繰り返し段々悪化する。 急変時DNAR(心肺蘇生をしない) 本人:自宅に帰りたい 家族:本人が動けて家で看れる間は自宅に連れて帰りたい						
備考	受診時持参が必要です (例)糖尿病手帳・心不全手帳・私のカルテ 等									

※医療用語、略語等は使用せずに記載して下さい。

退院時連携シート※新規(医療機関→ケアマネジャー)

フリガナ 氏名	アマサ タウ 天草 太郎 様	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日	S15 年 1 月 1 日(82 歳)		
住所	天草市亀場町食場〇〇-〇〇			TEL	〇〇-〇〇〇〇	
介護保険	<input type="checkbox"/> 総合事業対象者 <input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5 <input type="checkbox"/> 申請中					
	有効期限 令和 5 年 1 月 1 日 ~ 令和 6 年 12 月 31 日					
家族構成・状況 妻と2人暮らし 長女 天草 長男 福岡	主介護者	氏名	天草 花子		(続柄 妻)	
	連絡先	TEL	〇〇-〇〇〇〇			
	キーパーソン	氏名	天草 花子		(続柄 妻)	
	連絡先	TEL	〇〇-〇〇〇〇			
かかりつけの医療機関	医療機関名	医師名		受診頻度		
	〇〇医院	〇〇先生		月1回		
	〇〇整形外科	〇〇先生		月1回		
既往歴	両膝関節症 高血圧 認知症 脳梗塞		介護力 家族関係等	妻と2人暮らし 妻が家事全般を行っている 週に1回長女の訪問あり		

天草地域在宅医療・介護連携推進事業(令和5年10月改定)