

つながるシート

記載日: 年 月 日 サイン

フリガナ			<input type="checkbox"/> 男	生年月日	<input type="checkbox"/> 大正	年 月 日	歳
氏名	様	<input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 昭和		<input type="checkbox"/> 平成		
住所					自宅Tel	()	

介護保険	<input type="checkbox"/> 申請中(認定予定 頃) <input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 更新 <input type="checkbox"/> 区分変更 <input type="checkbox"/> 未申請						
介護度	要支援 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	要介護 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	(認定期間: 年 月迄)				
身障手帳	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 有(種 級)		その他の医療給付()				
健康保険	<input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> 後期高齢 <input type="checkbox"/> 生保						
経済状況	<input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 遺族年金 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> その他						

家族	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 日中独居		・主介護者(氏名: 続柄) ・その他介護協力者 () ・家族介護力 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 () ・特記事項 () () ・キーパーソン(氏名: 続柄)				
			住所 TEL				

住居環境	居室	寝室	風呂	トイレ
	玄関	廊下	その他	

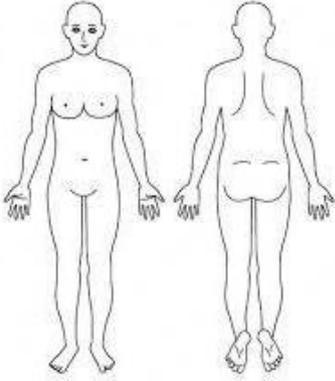
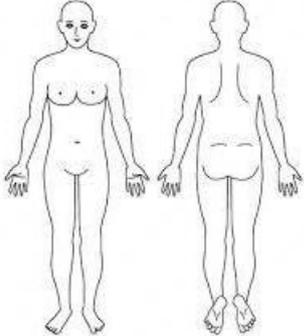
在宅における本人や家族の意向	看取りの同意書 : <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (年 月 日 : 施設名)
----------------	---

主病名	医療機関等名称	診療科名	受診状況	治療・医療処置管理者	特記事項(既往歴)
	かかりつけ医(主治医)				

症状の経過 医師のコメント	
------------------	--

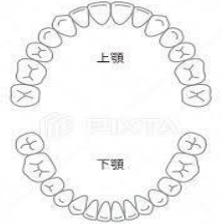
※本シートは五所川原市在宅医療・介護連携推進事業として社団法人西北五医師会、北五歯科医師会、青森県薬剤師会西北五支部、つながる西北五広域連合つながる総合病院・かなぎ病院、介護支援専門員協会西北五支部、五所川原市介護事業所連絡協議会の各代表が協力し作成しました。
五所川原市地域包括支援センター

【身体・生活状況等①】 氏名 様 記載日: 年 月 日 サイン

身長	cm	体重	kg	BMI	
現在行っている医療処置	<input type="checkbox"/> 点滴管理 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 膀胱留置カテーテル → 交換日(月 日)				
	<input type="checkbox"/> 喀痰吸引(<input type="checkbox"/> 口腔内で可 <input type="checkbox"/> 日中 <input type="checkbox"/> 夜間) : 機器の使用 <input type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> 無				
	<input type="checkbox"/> 経管栄養(<input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 胃瘻 → 交換日: 月 日) <input type="checkbox"/> ストーマ				
	<input type="checkbox"/> ペースメーカー <input type="checkbox"/> 酸素(流量: L/分、 器種:)				
	<input type="checkbox"/> 血液・腹膜透析 → 回/週: 施設名 治療時間: h程度				
	<input type="checkbox"/> 褥瘡処置(部位: 方法:)				
	<input type="checkbox"/> インスリン(薬剤名: 量: いつ:)				
	<input type="checkbox"/> ドレーン挿入 () <input type="checkbox"/> 疼痛処置 → <input type="checkbox"/> シップ: 部位()				
	(疼痛処置) <input type="checkbox"/> 内服 <input type="checkbox"/> 坐薬 麻薬: <input type="checkbox"/> 内服 <input type="checkbox"/> 貼り薬: 部位()				
在宅サービスの利用状況	<input type="checkbox"/> 訪問介護 (回/週) <input type="checkbox"/> 通所介護 (回/週) <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ (回/週)				
	<input type="checkbox"/> 通所リハビリ (回/週) <input type="checkbox"/> 訪問看護 (回/週) <input type="checkbox"/> 訪問入浴 (回/週)				
	<input type="checkbox"/> ショートステイ (回/週) <input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導 (<input type="checkbox"/> 医 <input type="checkbox"/> 歯 <input type="checkbox"/> 薬)				
	<input type="checkbox"/> 福祉用具[<input type="checkbox"/> 特殊寝台 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> エアマット <input type="checkbox"/> その他()]				
	<input type="checkbox"/> その他()				
麻痺の状況	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有				特記事項
					
必要な処置	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> スキンケア <input type="checkbox"/> 皮膚疾患 <input type="checkbox"/> 点眼				特記事項
					
感染症検査日 月 日	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> HBV <input type="checkbox"/> HCV <input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> 保菌 <input type="checkbox"/> 発症(部位 <input type="checkbox"/> 痰 <input type="checkbox"/> 血液 <input type="checkbox"/> 尿 <input type="checkbox"/> 創部) <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 梅毒 <input type="checkbox"/> その他()				
アレルギー	薬剤 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()				
	食物 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()				

※本シートは五所川原市在宅医療・介護連携推進事業として社団法人西北五医師会、北五歯科医師会、青森県薬剤師会西北五支部、つがる西北五広域連合つがる総合病院・かなぎ病院、介護支援専門員協会西北五支部、五所川原市介護事業所連絡協議会の各代表が協力し作成しました。
 五所川原市地域包括支援センター

【身体・生活状況等②】 氏名 〇 様 記載日: 〇年 〇月 〇日 サイン

食 事	摂食	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	嚥下障害 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
	方法	<input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経管栄養 → <input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 胃瘻	注意事項
	主食	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 柔飯 <input type="checkbox"/> お粥 <input type="checkbox"/> その他	
	副食	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> きざみ食 <input type="checkbox"/> ミキサー食 <input type="checkbox"/> ソフト食	
	水分	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> ゼリー <input type="checkbox"/> とろみ → とろみの形状 <input type="checkbox"/> ポタージュ状 <input type="checkbox"/> ハチミツ状 <input type="checkbox"/> ジャム状	
	食事制限	塩分 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () 水分 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (ml/日) カロリー <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (kcal/日) その他 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
口 腔	口腔環境	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 不良 特記 ()	
	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	
	義歯使用	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 → <input type="checkbox"/> 適合 <input type="checkbox"/> 不適合 ↘ <input type="checkbox"/> 上下 <input type="checkbox"/> 一部 <input type="checkbox"/> その他 ()	
	問題点	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	
排 泄	動作	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	特記事項
	方法	<input type="checkbox"/> トイレ (<input type="checkbox"/> 和式 <input type="checkbox"/> 洋式 <input type="checkbox"/> ポータブル) <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> 留置カテーテル <input type="checkbox"/> その他 ()	
	排便状況	<input type="checkbox"/> 便秘傾向 <input type="checkbox"/> 下剤服用 () <input type="checkbox"/> その他 最終排便 (日時: 月 日 性状:)	
起居・移動関連動作	歩行	<input type="checkbox"/> つかまらずに可 <input type="checkbox"/> つかまれば可 → (<input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 老人車 <input type="checkbox"/> 歩行器) <input type="checkbox"/> できない (<input type="checkbox"/> その他 ()) 車椅子の使用 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 → <input type="checkbox"/> 普通型 <input type="checkbox"/> リクライニング	
	移乗	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
	起き上がり	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> つかまれば可 <input type="checkbox"/> できない	
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		
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		
コミュニケーション	<input type="checkbox"/> 聴覚障害 (<input type="checkbox"/> 聾 <input type="checkbox"/> 難聴 → <input type="checkbox"/> 補聴器使用 ()) <input type="checkbox"/> 視覚障害 (<input type="checkbox"/> 眼鏡使用) <input type="checkbox"/> 意思疎通可能 <input type="checkbox"/> 指示がはいる <input type="checkbox"/> 言語障害 (<input type="checkbox"/> 失語 <input type="checkbox"/> 構音障害) <input type="checkbox"/> その他		
認知症	認知症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (長谷川式 点) 治療 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
	症状	<input type="checkbox"/> 記憶障害(物忘れ) <input type="checkbox"/> 見当識障害(時間・場所) <input type="checkbox"/> 幻覚(幻視・幻聴) <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 抑うつ <input type="checkbox"/> 不安 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 暴言・暴力 <input type="checkbox"/> 異食行動 <input type="checkbox"/> 不潔行動 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 介護抵抗 <input type="checkbox"/> その他	
睡眠障害	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 眠剤服用 ()		
服薬管理	管理状況	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他	
	管理能力	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	

※本シートは五所川原市在宅医療・介護連携推進事業として社団法人西北五医師会、北五歯科医師会、青森県薬剤師会西北五支部、つがる西北五広域連合つがる総合病院・かなぎ病院、介護支援専門員協会西北五支部、五所川原市介護事業所連絡協議会の各代表が協力し作成しました。 五所川原市地域包括支援センター