

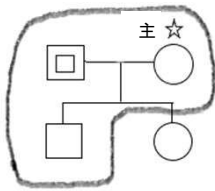
【記載例】 様式1 入院時情報提供シート

平成30年1月23日

事業所名	〇〇居宅介護支援事業所	電話番号	0994-52-2105
担当者名	健康 さくら	FAX番号	0994-52-2110

氏名	大隅 太郎	生年月日	昭和 7年1月23日	年齢	86歳	性別	男
現住所	鹿屋市打馬2丁目16-6			連絡先	0994-52-2106		
緊急時連絡先	氏名	続柄	キーパーソン	同居の有無	住所	電話番号	
	大隅 花子	妻	○	○	鹿屋市打馬2丁目16-6	0994-52-2106	
	鹿屋 雪子	長女			鹿屋市打馬3丁目16-6	0994-52-2107	

家族の介護力 無 有 (留意点等:妻が高齢であり介護疲れが懸念される。) 同居家族の認知症の有無:無 有(程度:)

家族構成図	住環境	<input checked="" type="checkbox"/> 一戸建 <input type="checkbox"/> 集合住宅(階建て 階)エレベーター(<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) 手すり(<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) 段差(<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)
<small>主:主介護者 ☆:キーパーソン ○:女性 □:男性</small> 	在宅主治医	医療機関名(△△診療所) Tel:
	主な既往歴	(入院歴・通院歴・治療・手術の状況等) 平成x年膀胱結石, 平成x+1年~糖尿病にて△△診療所へ通院, 平成x+3年圧迫骨折, 平成x+5年アルツハイマー型認知症にて加療中。
	要介護度	<input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 区分変更中 <input type="checkbox"/> 要支援() <input checked="" type="checkbox"/> 要介護(3) <input type="checkbox"/> 総合事業対象者 認定日: 29年○月△日 有効期間: 29年○月△日~ 30年9月30日
	指定難病受給者証	<input type="checkbox"/> 有(疾患名:) <input checked="" type="checkbox"/> 無
	障害者手帳	<input type="checkbox"/> 身体 <input type="checkbox"/> 知的 <input type="checkbox"/> 精神 (程度:) 生活保護の受給 <input type="checkbox"/> 有(担当CW名:) <input checked="" type="checkbox"/> 無
	サービス利用状況	

ADL	自立	見守り	一部介助	全介助	在宅での様子	
移動方法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	特記事項(家具などで支えながら独歩で移動。ただしふらつきがあるため通所では介護者が見守りながら移動している)	
移乗方法	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	特記事項(椅子を支え座面を確認しながら自力で移乗を行っている)	
口腔清潔	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	義歯装着: <input checked="" type="checkbox"/> あり(<input checked="" type="checkbox"/> 総義歯 <input type="checkbox"/> 部分 <input type="checkbox"/> 上顎 <input type="checkbox"/> 下顎) <input type="checkbox"/> なし 特記事項()	
食事	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 治療食(kcal <input type="checkbox"/> 糖尿病食 <input type="checkbox"/> 高血圧食 <input type="checkbox"/> 腎臓病食 <input type="checkbox"/> その他) <input type="checkbox"/> 経管栄養 主食: <input checked="" type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 軟飯 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> ミキサー (摂取量 8割) 副食: <input checked="" type="checkbox"/> 通常 <input type="checkbox"/> 軟菜 <input type="checkbox"/> 一口大 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> 極小刻み <input type="checkbox"/> ミキサー(口とろみ付) <input type="checkbox"/> ソフト食 (摂取量 8割) 水分摂取制限: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 水分摂取量: 1日 ml 塩分摂取制限: <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 塩分摂取量: 1日 g とろみ剤使用 <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり アレルギー: <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有() 食への意欲: <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 摂取方法: <input checked="" type="checkbox"/> はし <input type="checkbox"/> スプーン <input type="checkbox"/> その他() 嚥下・咀嚼状況(留意点)(むせ込むことなく嚥下できている)	
	更衣	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	特記事項(介護者が衣類を渡せばベッドに腰掛け時間をかけて自分で着脱を行うが、整えは介護者が行う。靴下は自分でではなく介護者が行う。)
	入浴	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	入浴の制限: <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有(□浴槽 □シャワー浴 □清拭 <input checked="" type="checkbox"/> その他(週3回通所の際に入浴。シャワーチェアを利用。))
	排泄	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	場所: <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> 尿器 <input checked="" type="checkbox"/> リハビリパンツ <input type="checkbox"/> オムツ 特記事項(トイレにて自分でやっているが床が汚れている。明け方は尿漏れあり。)
服薬管理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	定期内服: <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 (糖尿病, 認知症(詳細は別紙)) 管理状況:(妻が管理を行い、水の準備し薬を開封し渡せば自分で飲んでいる)	

療養上の問題 無 有(□幻視・幻聴 □興奮 □不穏 妄想 □暴力 介護への抵抗 □昼夜逆転 □不眠 □危険行為
不潔行為 意思疎通困難 徘徊 認知(程度:認知症高齢者自立度 IIb (意思疎通が困難となる場合がある程度自立))

医療処置等 無 有(□人工呼吸器 □在宅酸素療法 □インスリン □BS測定 □中心静脈栄養 □ペースメーカー □人工透析
□バルーンカテーテル □ストマ(人工肛門・人工膀胱) □気管切開 □喀痰吸引 □胃ろう □褥瘡 □その他()
処理の頻度() 家族での対応: 可 不可

◆本人・家族が生活する上で大事にしていること、希望する生活(生活歴)

これまで妻と農業や畜産で生計を立ててきた。畜産をやめた後、平成x年頃から認知症状が出現。妻はできるだけ最期まで自宅で一緒に過ごしたいと思っている。長男・長女は妻の体調を心配している。夫は通所以外の日は一晩テレビを見て過ごすことが多いが体調のよい日は庭の花の手入れを行っている。

◆介護を行っている気になること(家族と当事者間の関係等)

妻が自身の通院などで不在の際は、長女が自宅を訪れているが、排泄介助などに拒否・抵抗あり。長男は仕事が忙しく不在であることが多い。帰宅時に妻に頼まれた日用品などの買い物は行っている様子であった。

◆連絡事項・その他

毎日のように「朝御飯を食べたら仕事に行かない」「人が来ているから出ない」と話しており、その都度、妻が話を合わせて対応していた。また月1~2回ほど排泄介助や入浴など介護への拒否があり手を払う行動があった。妻が時間をおいて再度介助を行うなど対応していた。

この情報を提供することについて、ご本人またはご家族から同意をいただいています。

上記利用者の入院にあたり、情報提供を受けました。
平成30年1月24日(午後 2:00) 医療機関名: □□病院 職名: 医療ソーシャルワーカー 氏名: 曾於 次郎

【記載例】様式2 退院支援情報共有シート

担当ケアマネ(健康 さくら)

医療機関名	□□病院	電話番号	0994-52-2107
担当者名	曾於 次郎	FAX番号	0994-52-2107

医療機関の連絡窓口(所属)	曾於 次郎 (医療連携室)	面談参加者	□□病院 看護師 ○○, MSW増進 次郎, 担当ケアマネ 健康 さくら
面談日時	平成30年2月4日 午後2:15~3:00	場所	□□病院カンファレンス室

氏名	大隅 太郎	生年月日	昭和 7年1月23日	年齢	86歳	性別	男
----	-------	------	------------	----	-----	----	---

住所	鹿屋市打馬2丁目16-6	連絡先	0994-52-2106
----	--------------	-----	--------------

緊急時連絡先	氏名	続柄	キーパーソン	同居の有無	住所	電話番号
	大隅 花子	妻	○	○	鹿屋市打馬2丁目16-6	0994-52-2106
	鹿屋 雪子	長女			鹿屋市打馬3丁目16-6	0994-52-2107

家族の介護力	□無 □有 (留意点等:妻が高齢であり介護疲れが懸念される。) 同居家族の認知症の有無:□無 □有(程度:)	
	家族への介護指導:□無 □有 理解の状況:□十分 □不十分(問題点:)	

入院の原因となった病名・状態像	在宅主治医	医療機関名() Tel: ()
-----------------	-------	-------------------

肺炎 発熱, 咳・痰, 食欲低下	退院後受診機関	本院(主治医:)・在宅医・その他() 次回受診予定:平成 年 月 日
	要介護度	□未申請 □申請中 □区分変更中 □要支援() □要介護(3) □総合事業対象者 認定日: 29年○月△日 有効期間: 29年○月△日~ 30年9月30日
	指定難病受給者証	□有(疾患名:) □無
	障害者手帳	□身体 □知的 □精神 (程度:) 生活保護の受給 □有(担当CW名:) □無

身長	160cm	体重	50kg	今後予想される状況と退院後継続注意事項
----	-------	----	------	---------------------

入院期間	<input checked="" type="checkbox"/> 尿失禁 <input checked="" type="checkbox"/> 転倒・骨折 <input checked="" type="checkbox"/> 移動能力の低下 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 心肺機能の低下 <input type="checkbox"/> 閉じこもり <input type="checkbox"/> 意欲低下 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 低栄養 <input type="checkbox"/> 摂食・嚥下機能低下 <input type="checkbox"/> 脱水 <input type="checkbox"/> 易感染性 <input type="checkbox"/> がん等による疼痛 <input type="checkbox"/> その他() 注意事項:
------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

◆医療機関からの患者・家族への病状の説明内容と患者・家族の受け止め方, 患者・家族の今後の希望

説明内容: 肺に炎症を起こしているため抗生物質の点滴で治療をしていきます。
 本人:うなづき納得されている。
 家族(妻):退院後も在宅で介護を続けていきたい。
 家族(長女):母も高齢であり介護を続けていくのは心配もあるが家族で支えていきたい。

ADL (30年2月4日)時点	自立	見守り	一部介助	全介助	病棟での様子(特記事項に具体的に記載してください)
-----------------	----	-----	------	-----	---------------------------

移動方法	<input type="checkbox"/> 車いす <input checked="" type="checkbox"/> 杖使用 <input checked="" type="checkbox"/> 歩行器使用 <input type="checkbox"/> 装具・補助具使用	特記事項(病棟内では歩行器使用しているが, 杖歩行へ調整中)
------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------

移乗方法	<input type="checkbox"/> 自力 <input checked="" type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	特記事項(座面を支えながら自力で移乗を行っているが転倒の恐れあり見守り必要。)
------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------

口腔清潔	<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	義歯装着: □あり(□総義歯 □部分 □上顎 □下顎) □なし 特記事項()
------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------

食 事	<input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 治療食 (kcal □糖尿病食 □高血圧食 □腎臓病食 □その他) □経管栄養 主食: □米飯 <input checked="" type="checkbox"/> 軟飯 □全粥 □ミキサー (摂取量 6割) 副食: □通常 <input checked="" type="checkbox"/> 軟菜 □一口大 □刻み □極小刻み □ミキサー(□とろみ付) □ソフト食 (摂取量 6割) 水分摂取制限: <input checked="" type="checkbox"/> 無 □有 水分摂取量: 1日 ml 塩分摂取制限: □無 □有 塩分摂取量: 1日 g とろみ剤使用: □あり <input checked="" type="checkbox"/> なし アレルギー: <input checked="" type="checkbox"/> 無 □有 () 食への意欲: □無 □有 摂取方法: □はし <input checked="" type="checkbox"/> スプーン 嚥下・咀嚼状況(留意点)(時折むせ込みありゆっくり咀嚼・嚥下するよう指導。)
-----	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

更衣	<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	特記事項(衣類を渡すと時間をかけて着脱を行っているが背中やズボンの上げ下げや靴下には介助が必要。)
----	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------

入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助	入浴の制限: □無 <input checked="" type="checkbox"/> 有(□浴槽 □シャワー浴 <input checked="" type="checkbox"/> 清拭 □その他(週2回入浴, その他は清拭。))
----	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

排泄	<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	場所: □トイレ <input checked="" type="checkbox"/> ポータブル □尿器 <input checked="" type="checkbox"/> リハビリパンツ □オムツ 特記事項(夜間のみポータブル使用しているが, 明け方は尿漏れあり)
----	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

服薬管理	<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	薬の変更: <input checked="" type="checkbox"/> 無 □有 () 管理状況: (水を準備し薬を渡せば自分で飲んでいる)
------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------

療養上の問題	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有(□幻視・幻聴 □興奮 <input checked="" type="checkbox"/> 不穏 <input checked="" type="checkbox"/> 妄想 □暴力 <input checked="" type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input checked="" type="checkbox"/> 昼夜逆転 □不眠 □危険行為 <input type="checkbox"/> 不潔行為 □意思疎通困難 □徘徊 <input checked="" type="checkbox"/> 認知(程度: IIIa 意思疎通が難しいことがあり時折介護拒否がみられる。)
--------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

医療処置等	<input checked="" type="checkbox"/> 無 □有 (□人工呼吸器 □在宅酸素療法 □インスリン □BS測定 □中心静脈栄養 □ペースメーカー □人工透析 <input type="checkbox"/> バルーンカテーテル □ストマ(人工肛門・人工膀胱) □気管切開 □喀痰吸引 □胃ろう □褥瘡 □その他()
-------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

◆リハビリ目標及び内容, 頻度, 運動制限(リハビリから確認)

入院・安静により活動量が低下し筋力低下あり。毎日1時間のリハビリを行っている。運動制限なし。

◆看護を行っている気になったこと(入院中のエピソード, 家族と当事者間の言動等)

2日に1回程度の頻度で, 清拭や更衣, 排泄介助の際に介護拒否があり, 意思疎通が図れないことあり。

◆連絡事項・その他

意味なく急に泣き出したり怒り出したりすることがあり感情が不安定な様子がみられた。また, 食事後に「食事はしていない」などの言葉あり。その都度, 話を合わせ時間をおくと落ち着いている。