

医療と介護の連携シート（入院・入所情報）

医療機関名 ご担当先生 連携ご担当者 送付先	御中 先生 様 FAX：
---------------------------------	---------------------------

事業
ケアマネジ
電

- ・わかる範囲の情報を記入し、入院早期（概ね2日以内を目安）に情報提供する
- ・追加情報については、わかり次第電話等で補足
- ・スペースが不足する場合は、別紙添付、または口頭等に対応

氏名	ふりがな	性別	生 年 月 日
		男・女	明・大・昭 年 月 日（ 歳 ）
住所		電 話	
主たる連絡先	ふりがな	本人との関係	☐ 同居
		電 話	連絡の取りやすい電話番号を記入 連絡の取りやすい時間 時 分
要介護認定	要支援（ ）・要介護（ ）・未申請	申請中（新規・更新・区分変更）	申請日 年 月 日
	有効期間 年 月 日 ~ 年 月 日		
主治医	氏名： 医師（ ）科	TEL：	
	医療機関名：	FAX：	
訪問看護 ※利用中の場合	事業所名	連絡先	
		TEL：	
既往歴・受診状況	既往歴：わかれば病名、医療機関名や治療、入院の時期を記入 受診状況：現病及び、その受診状況 「主治医はいたが、現在はこうである」などの情報もあれば記入		
入院に至る経過	入院に至る経過等、最近の様子を記入 例として、最近転倒しやすかった、発熱が頻回だった		
在宅サービス 利用 ※有の場合 別を記載	入院前にどの程度のことをしていたかを把握するため、デイや訪問看護等のサービスの種類や回数を記入 記入例： 訪問看護 月 4回 通所介護 週 2回 *介護保険以外のサービスは、連絡事項のスペースに記入		
障害者手帳	無・有	種類：	級/度
経済状況	☐ 生活保護	備考：	
食事	☐ 自立	把握している範囲で記入 例えば、月に使える金額、年金の情報等	金銭管理 可・不可（管理方法：）
口腔ケア	☐ 自立		服薬管理 可・不可（管理方法：）
移乗	☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助		視力 ☐ 支障無 ☐ 支障有 聴力 ☐ 支障無 ☐ 支障有
歩行	☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助		
入浴	☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助		
排泄	☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助	トイレ・ポータブルトイレ	
夜間の様子等：			
階段昇降の必要	無・有		
風呂	無・有		
段差	無・有（箇所）		
寝具	ベッド・布団		
トイレ	和式・洋式		
☐ 一戸建て ☐ 集合住宅 ☐ 二世帯住宅			
特記すべき家屋状況	☐ 住宅改修済		
家屋状況	退院に向け生かせる情報を記入 例：段差、手すり等、住宅改修の情報 トイレは共同、風呂はあるが物置状態、また、特殊な建築構造等		
本人・家族等の意向	入院前の本人、家族の思い、希望を記入		
ケアマネジャーからの連絡事項	・ADL についての補足 ・認知症とは別に在宅での問題点（性格等） ・介護する上で在宅時に配慮すること ・在宅復帰するためのポイント（ADL目安） ・通所先等で発生している感染症の情報 ・介護保険以外のサービス（自立支援や社会資源など） ・上記を含め本人への対応上の注意等を自由記入		
カンファ希望			