

はこだて医療・介護連携サマリー【基本ツール】

| | | | |
|---------------|----|---------------|---|
| 情報提供先 施設名称 | 御中 | 情報提供先 担当者名 | 様 |
|---------------|----|---------------|---|

●基本情報等

| | | | | | | | |
|--------------|---|---------------------------|--------------------------|----------------------------------|-----------|----------------------------------|----------------------|
| (フリガナ) 氏名 | 生年・ 性別等 | 平成 年 月 日 生 □男 □女 (満 歳) | 生活 保護 | □無 □有 | 障害等 認定 | □無 □療育 □特定疾患 () | □身障 (級) □精神 (級) |
| 現住所 | 電話番号 | | | | | | |
| 居住 | □戸建 (階) □集合住宅 (階)※エレベータ□有 □無 □施設 () | | 医療保険 種類 | □健康保険 □国民健康保険 □後期高齢者 □その他 () | | | |
| 要介護度 | 認定有 効期間 | 令和 年 月 日 ～令和 年 月 日 | 障害高齢者日常生活 自立度 (寝たきり度) | 認知症高齢者日常 生活自立度 | | | |
| 同居家族 | □無 □配偶者 □子 □子の配偶者 □兄弟姉妹 □その他 () | | | | | | |
| 連絡先① | 続柄 | □同居 □別居 | 電話 | 関係 | | □主介護者 □キーパーソン □その他 (週3～4回訪問) | |
| 連絡先② | 続柄 | □同居 □別居 | 電話 | 関係 | | □主介護者 □キーパーソン □その他 (緊急時連絡先) | |

●医療情報等 *歯科医師等が摂食や口腔ケアに介入されている場合は、応用ツール④を作成下さい。

| | | | | | |
|-----|---------|-------|-----|-------|-----|
| 主病名 | 医療機関等名称 | 診療科名等 | 担当医 | 受診状況等 | *特記 |
| | | | | | □ |
| | | | | | □ |
| | | | | | □ |

*特記☑の付く場合は応用ツール⑩を作成下さい。

| | | | | | | | |
|--------------------------------------|---|---------------|----------|---|------------------------------------|----------|-------|
| ●身体・生活機能等 | | 評価日 | 令和 年 月 日 | | □入院時 □入院中 □退院時 □地域生活期 □その他 () | | |
| *食事 | □自立 □一部介助 □全介助 | *食事・水分制限 | | □無 □有 | | | |
| *椅子とベッド間の移乗 | □自立 □一部介助 (監視下) □一部介助 (座れるが移れない) □全介助 | 移動 | | □自立 □杖 □歩行器 □車いす □介助 □その他 (買い物カート) | | | |
| 整容 | □自立 □一部介助 □全介助 | オムツ使用 (パッド含む) | | □無 □夜間 □常時 | | | |
| トイレ動作 | □自立 □一部介助 □全介助 | ポータブルトイレ使用 | | □無 □夜間 □常時 | | | |
| 入浴 | □自立 □一部介助 □全介助 | *認知症症状 | | □無 □記憶障害 □幻覚・妄想 □暴言・暴力 □昼夜逆転 □不潔行為 □介護への抵抗 □徘徊 □抑うつ・不安 □その他 () | | | |
| 平地歩行 | □自立 □一部介助 (歩行器等) □一部介助 (車椅子操作が可能) □全介助 | | | | | | |
| 階段昇降 | □自立 □一部介助 □全介助 | | | | | | |
| 更衣 | □自立 □一部介助 □全介助 | 意思の伝達 | | □可 □時々可 □ほとんど □不可 不可 | | | |
| 排便コントロール | □自立 □一部介助 □全介助 | 失語症 | | □無 □有 □不明 | | | |
| 排尿コントロール | □自立 □一部介助 □全介助 | *服薬管理 | | □自立 □見守り □一部介助 □全介助 | | | |
| 口腔・栄養 | 身長 | 体重 | 歯の汚れ | *むせ | *水分トロミ | 歯肉の出血・腫れ | 義歯使用 |
| | cm | kg | □無 □有 | □無 □有 | □無 □有 | □無 □有 | □無 □有 |
| 麻痺の状況 | □無 □軽度 □中度 □重度 | | 麻痺の部位 | | □左上肢 □右上肢 □その他 □左下肢 □右下肢 (両手指) | | |
| 視力 [日常生活に支障] | □無 □有⇒() | | ・眼鏡 | | □無 □有 | | |
| 聴力 [日常生活に支障] | □無 □有⇒() | | ・補聴器 | | □無 □有 | | |
| *特別な医療等 | □褥瘡 (応用ツール② 作成) □留置カテーテル (応用ツール⑩ 作成) □皮膚疾患 (応用ツール⑨ 作成) □自己導尿 (応用ツール⑪ 作成) □認知症 (応用ツール③ 作成) □腎臓・尿管皮膚瘻 (応用ツール⑫ 作成) □食事摂取困難 (応用ツール④ 作成) □ドレーン (部位:) □自己腹膜灌流装置 (応用ツール⑤ 作成) □人工呼吸器 (応用ツール⑬ 作成) □透析液供給装置 □気管カニューレ (応用ツール⑭ 作成) □酸素療法 (応用ツール⑥ 作成) □人工肛門・人工膀胱 (応用ツール⑮ 作成) □吸引器 □感染症 (応用ツール⑯ 作成) □輸液ポンプ □リハビリテーション (リハビリテーションサマリー 作成) □中心静脈栄養 (応用ツール⑦ 作成) □癌末期疼痛管理 (応用ツール⑰ 作成) □在宅自己注射 (インスリン) (応用ツール⑧ 作成) □本人の意向を尊重した意思決定支援のための情報 (応用ツール⑱作成) □経管栄養 (応用ツール⑨ 作成) □その他 (応用ツール⑲ 作成) | | | | | | |
| 在宅介護サービス等 | □訪問診療 □訪問歯科診療 □訪問看護 □訪問介護 □訪問入浴 □訪問リハビリ □通所リハビリ □通所介護 □ショートステイ □住宅改修 □福祉用具 □定期巡回 □小多機 □看多機 □居宅介護支援 □包括支援センター □無し □その他 (介護タクシー) | | | | | | |
| *介護上、特に注意すべき点等 ([有] の場合応用ツール⑩ 作成) | | □無 □有 | | *医療・ケアに関する本人・家族の意向等 ([有] の場合応用ツール⑩ 作成) | | □無 □有 | |

*食事の項目で [自立] 以外、食事・水分制限の項目で [有]、口腔・栄養欄のむせと水分トロミの項目で [有] を選択した場合は応用ツール④を作成下さい。
*椅子とベッド間の移乗の項目で [自立] 以外は応用ツール⑩を、認知症症状 [無] 以外は応用ツール③を、服薬管理 [自立] 以外は応用ツール⑩を作成下さい。

| | | | | | |
|-----------|-----|-----|-----|--|--|
| 本サマリーの記入者 | 所属名 | | | | |
| 電話 | FAX | 記入者 | 作成日 | | |

*応用ツール以外の書式を添付する場合は応用ツール①を必ず作成下さい。