

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	生活 保護	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	障害等 認定	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 療育 <input type="checkbox"/> 特定疾患 ()	身障 () 精神 () 特定疾患 ()
□男 <input type="checkbox"/> 女 (満 歳)							
現住所					電話番号		
居住	□戸建 (階) □集合住宅 (階)※エレベータ □有 □無)			医療保険 種類	□健康保険 □その他 ()	□国民健康保険 □後期高齢者	
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
					<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>

*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 □一部介助 (監視下) □全介助 (座れるが移れない)	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 □一部介助 (歩行器等) □全介助 (車椅子操作が可能)						
階段昇降	□自立 □一部介助 □全介助						
更衣	□自立 □一部介助 □全介助						
排便コントロール	□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					
排尿コントロール	□自立 □一部介助 □全介助	失語症 □無 □有 □不明					
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 (両手指) □左下肢 □右下肢		
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⑯ 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)	□腎瘻・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 :) □人工呼吸器 (応用ツール⑬ 作成)					
	□自己腹膜灌流装置 (応用ツール⑤ 作成)	□気管カニューレ (応用ツール⑭ 作成)					
	□透析液供給装置	□人工肛門・人工膀胱 (応用ツール⑮ 作成)					
	□酸素療法 (応用ツール⑥ 作成)	□感染症 (応用ツール⑯ 作成)					
	□吸引器	□リハビリテーション (リハビリテーションサマリー 作成)					
	□輸液ポンプ	□癌末期疼痛管理 (応用ツール⑰ 作成)					
	□中心静脈栄養 (応用ツール⑦ 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⑯ 作成)					
□在宅自己注射 (インスリン) (応用ツール⑧ 作成)	□その他 (応用ツール⑯ 作成)						
□経管栄養 (応用ツール⑨ 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⑯ 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⑯ 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⑯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⑯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。