

南信州広域版在宅患者基本情報共有書(連携シート)															No.							
更新日		更新者		所属;				役職;		氏名;												
基本情報	フリガナ				生年 月日		明治		年		月		日		年齢		歳		自宅電話			
	氏名				住所										身長体重		cm		kg		(測定日 年 月)	
	同居の家族等	No.	氏名		年齢		続柄		介護者		介護への関わりの程度		キーパーソン		緊急連絡先・方法							
		1																				
		2																				
		3																				
	別居の家族等	No.	氏名		年齢		続柄・関係等		介護への関わりの程度		キーパーソン		(緊急)連絡先・方法									
		5																				
		6																				
		7																				
経済状況		年金等公的補助								年金外収入												
<基本情報FREE>															ジェノグラム 家族関係図		の添付					
在宅療養への要望	本人																					
		終末期の居所						事前指示の希望														
	家族	主たる発言者;																				
終末期の居所						事前指示の希望																
生活歴・趣味・関心事等																						
医療	病名・既往歴	①				発症; 年 月 日				④				発症; 年 月 日								
		②				発症; 年 月 日				⑤				発症; 年 月 日								
		③				発症; 年 月 日				⑥				発症; 年 月 日								
		<主治医からの病状説明を含めFREE>										感染症										
	特殊医療				<input type="checkbox"/> 酸素療法		<input type="checkbox"/> 喀痰吸引		<input type="checkbox"/> 尿道カテーテル		<input type="checkbox"/> その他 ()											
	かかりつけ医療機関						入院医療機関															
	かかりつけ歯科医						かかりつけ薬局															
医療保険						記号						番号										
他制度	身体障害				難病				療育													
	精神障害				福祉医療				その他													
薬剤情報	お薬手帳				薬剤アレルギー				禁忌薬剤													
	訪問薬剤管理		※お薬手帳が無い場合、または手帳が有っても内容が不十分な場合、は以下に記述する。																			
歯科口腔	口腔清潔						口腔状況															
	訪問歯科診療		※必要に応じ歯科の評価を記述する。																			

麻痺/ADL・IADL/褥瘡				排泄	昼間				
麻痺	部位；					用具			
更衣						尿	回/昼間	失禁	
整容						便	回/昼間	失禁	
入浴					夜間				
寝返り						用具			
座位						尿	回/夜間	失禁	
起立						便	回/夜間	失禁	
歩行 移乗	屋内		補助具			排便コントロール			
	屋外		補助具						
車イス	特記；			経管栄養		kcal/日			
買物				経口栄養 (食事)	食事姿勢				
掃除					摂取動作				
洗濯					食種				
炊事					主食				
金銭管理					副食				
服薬管理					食物アレルギー	(食品；)			
					水分制限	ml/日	その他制限		
					摂取具				
褥瘡	部位；		程度						
	特記；			とろみ使用	(程度；)				
				嚥下咀嚼	障害 (程度；)				
<ADL・褥瘡・排泄・栄養等FREE> ※特に、退院時や区分変更の申請が必要な時に記入して頂きたい。									
認知状態	中核症状	長谷川式	点	MMSE	点	特記；			
	周辺症状	<input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴行 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> その他 ()							
睡眠	中途覚醒		昼夜逆転		薬剤使用	特記；			
会話能力	構語障害		重度難聴		重度視力障害	特記；			
<認知・睡眠・会話FREE>									
介護	介護認定		要介護度		介護保険証番号		認定年月日		
	日常生活動作評価		認知の評価		認定始期		から	認定終期	まで
	担当包括	氏名；	所属；		連絡先；				
	担当CM	氏名；	所属；		連絡先；				
サービス利用	担当SW	氏名；	所属；		連絡先；				
	訪問介護		回/週	通所介護		回/週	訪問入浴		回/週
	福祉用具			移送サービス		回/週	配食サービス		回/週
	施設入所	無 (名称；) 期間；				安心コール等 ()			
	訪問看護		回/週	訪問リハビリ		回/週	通所リハビリ		回/週
指示の遵守	<input checked="" type="checkbox"/> を入れる	<input type="checkbox"/> 服薬		<input type="checkbox"/> 口腔ケア		<input type="checkbox"/> 摂取制限			
	<input type="checkbox"/> 安静		<input type="checkbox"/> その他						
<介護・サービス利用・その他総合的にFREE>									