

# 千葉県地域生活連携シート（入院時等）

**A表**

記入日 年 月 日

事業所（施設）名	
担当者名	
電話番号	



病院・診療所名	
担当部署・担当者名	
電話番号	

※担当ケアマネ以外から本シートを受け取った場合は、遅くとも入院翌日には担当ケアマネに連絡しましょう。

本シートは、医療・介護関係者が御本人の生活を支援するために必要な情報共有を行うことを目的としています。提供日 年 月 日  
 以下の情報は、利用者本人及び家族の同意を得て提供しています。入院日 年 月 日  
 なお、入院先の医療機関は、転院時に、転院先に本シートの写しを送付するよう努めましょう。

ふりがな 氏名	.....	生年月日	明大昭 □ □ □	年 月 日	年齢	歳	性別	男 □ □	女 □ □
------------	-------	------	--------------	-------	----	---	----	----------	----------

住 所	〒	TEL（自宅）		職 業	
		TEL（携帯）			

住 環 境  戸建  集合住宅（ 階 エレベーター  無  有 ）  施設等（ ）

緊急時連絡先	氏 名	続 柄	住 所	電話番号

家族構成図 年金等の種類  国民年金  厚生年金  障害年金  生活保護  その他

◎:本人 □:男性 ○:女性 ■●:死亡  
 主:主介護者 副:副介護者 ☆:キーパーソン

介護保険自己負担割合 割  不明 経済的支援  要 医療保険  未加入

障害等認定  身障（ ）  精神（ ）  療育  特定疾患（ ）

生活歴（これまでの職業、家庭生活、趣味、習慣など）

独居  日中独居  子と同居  
 高齢者世帯  その他

ケアマネジャーとしての特記事項

療養・生活に関する受け止め方・意向等

家族

リビングウィル等の意思表示  無  有 確認相手  本人  家族  その他（ ）

確認日 年 月 日 連絡先 氏名： 電話番号：

要介護度  申請中  区分変更中  未申請 有効期限（ 年 月 日 ～ 年 月 日 ）

事業対象者 要支援  1  2 要介護  1  2  3  4  5

障害高齢者の日常生活自立度  自立  J1  J2  A1  A2  B1  B2  C1  C2  医師等の判断

認知症高齢者の日常生活自立度  自立  I  IIa  IIb  IIIa  IIIb  IV  M  ケアマネジャー等の判断

介護サービス利用状況

訪 問  介護（ / 週 ）  入浴（ / 週 ）  リハビリ（ / 週 ）  看護（ / 週 ）

通 所  介護（ / 週 ）  リハビリ（ / 週 ）

短期入所  生活介護（ ） 療養介護（ ）

福祉用具  福祉用具貸与（ ） 特定福祉用具販売（ ）

その他

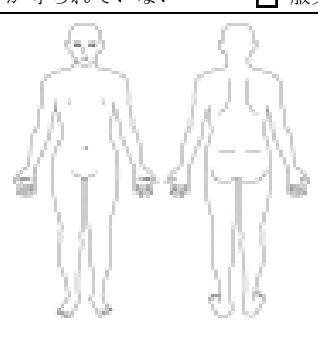
かかりつけ情報（医師、歯科、薬局）

①  通院  訪問診療  往診 頻度： 回/月

②  通院  訪問診療  往診 頻度： 回/月

③  通院  訪問診療  往診 頻度： 回/月

既往歴  無  悪性腫瘍  急性呼吸器感染症  脳血管障害  骨折  その他（ ）

利用者氏名				事業所（施設）名、担当者名										
最近半年間での入院	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	期間：	年 月 日 ~ 年 月 日		医療機関名：	理由：								
入院頻度	<input type="checkbox"/> 頻度は高い／繰り返している		<input type="checkbox"/> 頻度は低いが、これまでもある		<input type="checkbox"/> 今回が初めて									
入院前に実施している医療処置	<input type="checkbox"/> なし		<input type="checkbox"/> 点滴	<input type="checkbox"/> 酸素療法	<input type="checkbox"/> 喀痰吸引	<input type="checkbox"/> 気管切開	<input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 経鼻栄養							
	<input type="checkbox"/> 経腸栄養		<input type="checkbox"/> 褥瘡	<input type="checkbox"/> 尿道カテーテル	<input type="checkbox"/> 尿路ストーマ	<input type="checkbox"/> 消化管ストーマ								
	<input type="checkbox"/> 痛みコントロール		<input type="checkbox"/> 排便コントロール	<input type="checkbox"/> 自己注射		（ ） <input type="checkbox"/> その他（ ）								
居宅療養管理指導	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	（職種： ）												
	自立	見守り	一部介助	全介助	在宅での生活状況									
移動方法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 手引き <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> シルバーカー <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> その他（ ）									
移乗	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
更衣	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
起居動作	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
整容	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
口腔ケア	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	口腔清潔	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良 <input type="checkbox"/> 著しく不良		口臭	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有					
					義歯	上顎	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ <input type="checkbox"/> 使用 <input type="checkbox"/> 未使用 ）		下顎	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ <input type="checkbox"/> 使用 <input type="checkbox"/> 未使用 ）				
					嚥下状態（むせ）	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> 常に ）		咀嚼状況	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良					
食 事	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	食 形 態	<input type="checkbox"/> 普通 嚥下食（ <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> ソフト食 <input type="checkbox"/> ペースト食 <input type="checkbox"/> とろみ ）								
						<input type="checkbox"/> 経管栄養（方法 内容： 量： 所要時間： ）								
					制 限	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ <input type="checkbox"/> 塩分 <input type="checkbox"/> 水分 <input type="checkbox"/> その他（ ） ）								
入 浴	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	入浴の制限	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ <input type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> 清拭 <input type="checkbox"/> その他（ ） ）								
					排 泄	排尿	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	排尿能力	<input type="checkbox"/> 自排尿 <input type="checkbox"/> 間欠導尿 <input type="checkbox"/> 留置カテーテル		排便習慣	回/（ <input type="checkbox"/> 日・ <input type="checkbox"/> 週 ）
服薬管理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	処方薬	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ <input type="checkbox"/> 別紙参照 ）		<input type="checkbox"/> 一包化	<input type="checkbox"/> 粉碎	<input type="checkbox"/> 簡易懸濁法				
					薬剤管理	<input type="checkbox"/> 自己管理 <input type="checkbox"/> 他者管理		眠剤の使用	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		睡眠の状態	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良		
					服薬状況	<input type="checkbox"/> 処方通り服用 <input type="checkbox"/> 時々飲み忘れ <input type="checkbox"/> 飲み忘れが多い、処方が守られていない <input type="checkbox"/> 服薬拒否								
麻 痺	状態		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度											
	部位		<input type="checkbox"/> 左上肢 <input type="checkbox"/> 右上肢 <input type="checkbox"/> 左下肢 <input type="checkbox"/> 右下肢											
褥 瘡	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		（部位： ）											
皮膚疾患	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		（部位： ）											
視 力	<input type="checkbox"/> 日常生活に支障なし <input type="checkbox"/> はっきり見えない		<input type="checkbox"/> ほとんど見えない <input type="checkbox"/> 判断不能								眼鏡使用		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
聴 力	<input type="checkbox"/> 日常生活に支障なし <input type="checkbox"/> はっきり聞こえない		<input type="checkbox"/> ほとんど聞こえない <input type="checkbox"/> 判断不能								補聴器使用		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
言 葉	<input type="checkbox"/> 話せない <input type="checkbox"/> 話せる		（程度： ）											
意思伝達	<input type="checkbox"/> できない <input type="checkbox"/> できる		（伝達方法： ）											
短期記憶	<input type="checkbox"/> 問題あり <input type="checkbox"/> 問題なし		（ <input type="checkbox"/> 前日の夕食のメニューが答えられる → → <input type="checkbox"/> 再度確認しても同じ答え ）											
行動・精神症状等	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		<input type="checkbox"/> 幻覚・妄想 <input type="checkbox"/> 昼間寝ていることが多い		<input type="checkbox"/> 夜間不眠・不穏		<input type="checkbox"/> 意欲の低下							
			<input type="checkbox"/> 暴言・暴力 <input type="checkbox"/> 同じ事を何度も聞く		<input type="checkbox"/> 徘徊		<input type="checkbox"/> その他（ ）							
喫 煙	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		（ 本くらい／日 ）		飲 酒	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		（ 合くらい／日 ）						
その他（介護上、特に注意すべき点等）														
<input type="checkbox"/> 院内の多職種カンファレンスへの参加希望 <input type="checkbox"/> 退院前カンファレンスへの参加希望 <input type="checkbox"/> 退院前訪問指導を実施する場合の同行希望 （具体的な要望）														

退院の検討を始めた段階で、上記担当者へ連絡をお願いします。

受取者サイン  
（受付印等）

--