

# 医療福祉連携シート

介護支援事業所 \_\_\_\_\_

白杵市医師会立コスモス病院

|      |  |     |    |      |
|------|--|-----|----|------|
| フリガナ |  | 性別  | 年齢 | 生年月日 |
| 氏名   |  |     | 歳  |      |
| 入院日  |  | 退院日 |    |      |

|  | 退院時の状況  |          |    | 在宅・入院前の状況   |  |
|--|---|----------|----|---|--|
| 作成日  |   |          |    | 情報提供日   |  |
| 記入者  | 看護師   | 病棟       |    | ケアマネジャー   |  |
|  | ソーシャルワーカー   |          |    | 介護度   |  |
| 医療情報   | 病名  |          |    | 主訴  |  |
|  | 主治医   |          |    | かかりつけ医  |  |
|  | リハビリ  | PT<br>ST | OT | 特定疾患<br>身体障害  |  |
| 服薬管理   | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助   |          |    | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助   |  |
| 食事   | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助<br><input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> きざみ <input type="checkbox"/> ペースト <input type="checkbox"/> 経管栄養     |          |    | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助<br><input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> きざみ <input type="checkbox"/> ペースト <input type="checkbox"/> 経管栄養     |  |
| 口腔ケア   | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助   |          |    | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助   |  |
| 寝返り  | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助   |          |    | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助   |  |
| 座位保持   | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助   |          |    | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助   |  |
| 立位   | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助   |          |    | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助   |  |
| 移動   | <input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子  |          |    | <input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子  |  |
| 排泄   | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助<br><input type="checkbox"/> パルーン <input type="checkbox"/> ストマ <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> リハビリパンツ |          |    | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助<br><input type="checkbox"/> パルーン <input type="checkbox"/> ストマ <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> リハビリパンツ |  |
| 入浴   | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助<br><input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 補助浴 <input type="checkbox"/> 機械浴                                    |          |    | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助<br><input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 補助浴 <input type="checkbox"/> 機械浴                                    |  |
| 衣服着脱   | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助   |          |    | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助   |  |
| 認知症  | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり MMSE (      点 )   |          |    | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり MMSE (      点 )   |  |
| 意思伝達   | <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 (      )   |          |    | <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 (      )   |  |
| 行動障害   | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (      )  |          |    | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (      )  |  |
| 睡眠障害   | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (      )  |          |    | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (      )  |  |
| カンファレンス情報  |   |          |    | 在宅で困っていたことなどありましたらご記入下さい。   |  |
| 添付書類<br><input type="checkbox"/> 心不全 <input type="checkbox"/> 服薬 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> リハビリ<br><input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 褥瘡・皮膚 <input type="checkbox"/> 栄養 <input type="checkbox"/> その他 |   |          |    | コスモス病院内対応者(      )  |  |

<ケアマネジャー様へ> 第3表 週間サービス計画表が出来ましたら地域医療福祉連携室へお届け下さい。  
右記入欄は再入院時の情報提供の際にご利用下さい。