

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		ケアマネージャー		
	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 ST	OT	特定疾患 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 <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 <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 <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 <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 <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 <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 <input type="checkbox"/> 心不全 <input type="checkbox"/> 服薬 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> リハビリ <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()		

<ケアマネージャー様へ> 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。