

小松市

医療・介護連携に関する様式集

この様式集は平成27年度小松市在宅医療・介護連携推進部会にて検討し、多職種が連携する際の参考様式として示すものです。ぜひご活用ください。

連携の際に、この様式を使うことを義務付けるものではありません。より良いものにしていくため、各事業所で工夫している連携様式等がありましたら、ぜひ情報提供をお願いいたします。

【内容】

- ①医療と介護の連携シート（外来主治医あて連絡票）
- ②医療と介護の連携シート（主治医・ケアマネジャー連絡票）
- ③入院時情報提供書
- ④退院・退所情報提供書

平成 年 月 日

医療と介護の連携シート（主治医・ケアマネジャー連絡票）

医療機関の名称 所在地 電話番号 FAX番号 主治医	<input type="checkbox"/> →	介護事業所の名称 所在地 電話番号 FAX番号 担当居宅介護支援専門員
	<input type="checkbox"/> ←	

利用者の情報（※欄は「ケアマネジャー→主治医」の場合のみ記入）

ふりがな		生年月日	M・T・S 年 月 日
氏名			
※要介護度	要支援1・2 要介護1・2・3・4・5 申請中		
※他医受診歴の有無	無 有（ 科・疾患名 ）		

ケアマネジャー記載欄

本票送付の目的： <input type="checkbox"/> 報告 <input type="checkbox"/> 連絡 <input type="checkbox"/> 相談 <input type="checkbox"/> 返信	返信希望の有無： <input type="checkbox"/> 返信願います <input type="checkbox"/> 返信不要です
<内容>	
<input type="checkbox"/> 契約時の同意の他、改めてご本人の承諾を得て送付いたします。 <input type="checkbox"/> 改めて承諾は得ておりませんが、契約時の同意に基づき、ご本人への居宅介護支援に必要なので送付いたします（特記事項： ）	

医師記載欄

本票送付の目的： <input type="checkbox"/> 返信 <input type="checkbox"/> 報告 <input type="checkbox"/> 連絡 <input type="checkbox"/> 相談	返信希望の有無： <input type="checkbox"/> 返信願います <input type="checkbox"/> 返信不要です
<input type="checkbox"/> 電話してください⇒ 月 火 水 木 金 土 の 午前・午後（ ）時頃 <input type="checkbox"/> 下記のとおり回答します	
<内容>	

平成 年 月 日

医療と介護の連携シート（外来主治医あて連絡票）

医療機関の名称	←	介護事業所の名称	
所在地		所在地	
電話番号		電話番号	
FAX番号		FAX番号	
主治医		科	担当居宅介護支援専門員

利用者の情報

ふりがな		生年月日	M・T・S 年 月 日
氏名			
要介護度	要支援1・2 要介護1・2・3・4・5 申請中		
他医受診歴の有無	無 有（ 科・疾患名 ）		

ケアマネジャー記載欄

<p><本票送付の目的></p>
<p><内容></p>
<p><input type="checkbox"/> 契約時の同意の他、改めてご本人の承諾を得て送付いたします。</p> <p><input type="checkbox"/> 改めて承諾は得ておりませんが、契約時の同意に基づき、ご本人への居宅介護支援に必要なので送付いたします（特記事項： _____）</p>

入院・入所情報提供書

作成日： 年 月 日
 病院（ 科）
 先生 御机下

事業所名： (担当：)
 〒 -
 小松市 町 番地
 TEL：0761- -
 FAX：0761- -
 E-mail： @

平素より大変お世話になり有り難うございます。
 このたび入院（予定）の 様（ 年 月 日生）
 につきまして、在宅でのご様子（入院前）をお知らせいたします。
 大変雑駁な情報で恐縮ですが、先生のお役に立てば幸いです。
 今後ともご指導ご教示くださいますようお願いいたします。

生活目標													
介護保険	認定	要介護 ・ 要支援 (平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日)			障がい手帳等	身障手帳	種 級 ()						
	通所	介護・リハビリ・認知		回/月		精神手帳	1級 ・ 2級						
	訪問	介護・看護・リハビリ・入浴		回/月		療育手帳	A ・ B						
	短期入所	生活・療養		回/月		難病							
	福祉用具				【特記】								
	住宅改修												
	その他												
【特記】													
生活動作等	移動等	起居	可・掴まり可・不可			排泄	排尿	自立・一部介助・全介助					
		座位	可・掴まり可・不可				排便	自立・一部介助・全介助					
		立位	可・掴まり可・不可				失禁	無し・まれに・時々・有り					
		歩行	自立・杖・歩行器・車椅子（自走・介助）				方法	トイレ・ポータブル・カテーテル					
	食事	準備	本人・家族・ヘルパー			入浴	オムツ	不使用・常時・夜間のみ					
		介助	自立・一部介助・全介助				医療	無し・ストーマ・その他					
		手段	箸・フォーク・スプーン・自具具			更衣	浴槽	自立・見守り・一部介助・全介助					
		種類	主食	普通・軟飯・粥・ミキサー			洗身	自立・見守り・一部介助・全介助					
			副食	普通・軟菜・刻み・ソフト・ミキサー			上	自立・見守り・一部介助・全介助					
		義歯	上	無 ・ 総 ・ 部分		下	自立・見守り・一部介助・全介助						
下	無 ・ 総 ・ 部分		【特記】										
嚥下障害	無し ・ 有り												
咀嚼障害	無し ・ 有り												
内服管理	自立・声掛けで可・不可												
認知機能	物忘れ	無し・年相応・有り（短期・長期）			【BPSD】無し ・ 有り								
	見当識障害	時間	無し・時間・月日・季節										
		場所	無し・迷子（夜間・日中）										
		人	無し・有り										
	会話	できる・疎通困難・できない											
意思決定	できる・難しい・できない												
家族状況	キーパーソン				その他把握している情報	現病・既往							
	主たる介護者					療養上の留意点							
	【家族の状況】			視力の障害		無し ・ 有り							
				聴力の障害		無し ・ 有り							
【特記】													

退院・退所情報提供書

(面談日) 平成 年 月 日

情報提供元の医療機関・施設名

主治医

所属・担当者

電話番号

ふりがな：	生年月日：
利用者氏名：	(男・女) (M・T・S) 年 月 日 (歳)
入院期間：入院日	年 月 日 ~ 退院(予定)日 年 月 日

	入院・入所中の状況	特記事項
疾病の状態	主病名： 主症状： 既往歴： 服薬状況： 服薬管理： 自立 ・ 一部介助 ・ 介助 ・ その他	(感染症等)
食事	自立 ・ 一部介助 ・ 介助 ・ その他 (ペースト・刻み・ソフト食・普通食・経管栄養)	
口腔ケア	自立 ・ 一部介助 ・ 介助 ・ その他	
移動	自立 ・ 一部介助 ・ 介助 ・ その他 (見守り・手引き・杖・歩行器・シルバーカー・車イス)	(独自の方法・転倒危険)
入浴	自立 ・ 一部介助 ・ 介助 ・ 不可(シャワー・清拭)	
衣服の着脱	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 介助	
排泄	自立 ・ 見守り ・ 介助 ・ オムツ(常時・夜間のみ)	(留置カテーテル等)
夜間の状態	良眠 ・ 不穏(状態：)	
療養上の留意する事項		
医療系在宅サービスの必要性	訪問看護	必要性(あり・なし)
	訪問リハビリ	必要性(あり・なし)
	居宅療養管理指導	必要性(あり・なし)
	通所リハビリ(デイケア)	必要性(あり・なし)
	短期入所(老人保健施設、介護療養型)	必要性(あり・なし)

