

以下の項目については全て記載の必要ありません、必要な項目のみ記入してください。

かかりつけ医情報			
	医療機関名・担当医	病名	治療内容・内服薬等
1	B総合病院、〇〇先生	心不全	平成27年息苦しさで緊急入院、心不全、狭心症の診断で心臓カテーテル治療を受ける。以降、外来で内服治療。※内服薬別紙参照
2	同上	糖尿病	平成27年に入院した際に、糖尿病も指摘された。以降、外来で内服治療。
3	C病院、□□先生	アルツハイマー型認知症	平成27年心臓疾患で入院した際、様子がおかしいことを家族が気づき、認知症の専門病院であるC病院へ受診。以降、アリセプト5mg/日の内服治療をうけている。
4			

心身の状態について	
障害高齢者の日常生活自立度	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> J、独力で外出 <input type="checkbox"/> A、屋内生活は自立 <input type="checkbox"/> B、車いす使用 <input type="checkbox"/> C、一日中ベッド上
麻痺	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 部位 ()
筋力の低下	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度 <input checked="" type="checkbox"/> 部位 (日課になっている買物以外は自宅で過ごすことが多く、足腰が弱くなってしまった。)
関節の拘縮	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 部位 ()
褥瘡	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (部位・程度等)
アレルギー	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 (アルコールアレルギーあり、消毒等でも赤く腫れてしまう)
視力	眼鏡 <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 日常生活に支障なし <input type="checkbox"/> 目の前のものがみえる <input type="checkbox"/> ほとんどみえない
聴力	補聴器 <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 日常生活に支障なし <input type="checkbox"/> 大声なら聞こえる <input type="checkbox"/> ほとんど聞こえない
歯・歯肉の状態	痛み <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 (右下差し歯がグラグラしている) <input type="checkbox"/> 出血や晴れ等の異常 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 (右下の差し歯のあたり)
義歯	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (複数箇所差し歯であるが、入れ歯はない)  <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()
嚥下に関する問題	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()
医療的処置	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> ストーマ <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> レスピレーター <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> その他()
認知症高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> I、日常生活自立 <input type="checkbox"/> II、付添が必要 <input type="checkbox"/> III、時々介助が必要 <input type="checkbox"/> IV、常に介助が必要 <input type="checkbox"/> M、専門医療が必要
BPSD	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 焦燥・不穏 <input type="checkbox"/> 攻撃性 <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 大声を出す <input type="checkbox"/> その他症状()

起き上り	<input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	立ち上り	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	補助具	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他 ()
衣服の着脱	<input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		介助内容()
入浴	<input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		介助内容()
口腔ケア	<input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		介助内容()
排泄	<input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		介助内容()
福祉用具 (移動補助具以外)	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()		
住宅改修	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()		
食事支度	<input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	食事形態	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 経管栄養
食事摂取	<input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
金銭管理	<input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
服薬管理	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <small>家族がカレンダーにはって、それを本人が飲んでいる。ほとんど飲み忘れはない。</small>		
<u>内服薬、 その他</u>	<p>(内服薬) クロピドグレル錠75mg 1T1×、タケキャップ錠10mg 1T1×、トランディアン配合錠AP 1T1×、ニフェジピンCR20mg 1T1×、メインテート錠2.5mg 1T1×、カンデサルタンOD錠4mg 1T1×、グラクティブ錠50mg 1T1×、ヒドロクロロチアジドOD錠12.5mg 1T1×、ピタバスタチンカルシウム錠2mg 1T1×、メトホルミン塩酸塩錠剤250mg 1T1× 以上、B総合病院処方 本人の状態を考えて家族が〇〇先生に相談し、薬は朝1×にまとめてもらっている。 HbA1c7.5~8.3と値が徐々にあがってきており、内服薬調整中。</p> <p>アリセプト5mg 1T1×、プルセニド1T1×、マグラックス1T1× 以上、C病院処方</p> <p>(食事について) 当初、カロリー制限した配食サービスを利用していたが、味の薄さや量の少なさを理由に1年ほどで、やめてしまった。</p>		

(介護支援事業所A 久喜花子)が、私に関わる在宅医療や介護の関係者と連携をする際に、本シートに記載された、私及び家族の個人情報を提供することに同意します。

令和 2年 3月 ×日 氏名 久喜太郎

上記代理人(代理人を選定した場合) (続柄)