在宅医療介護連携個人シート

本シートは久喜市及び近隣の多職種が協働して、ご本人が在宅生活を安心して継続できるように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。ご協力のほどよろしくお願いいたします。

作成者(発信元)

シート作成日	令和　　年　　月　　日
□ 入院時　□ 退院時　□ 在宅 □ その他（　　）	
所属	
氏名	

宛先

所属、氏名

基本情報	ふりがな		性別	生年月日		年齢
	氏名	様	□ 男 □ 女	□ M □ T □ S　年　月　日		歳
	住所	※訪問者用駐車場　有・無	電話	自宅		
				携帯		
	要介護度	□ 無　□ 申請中　□ 要支援(　　)　□ 要介護(　　)　負担割合　(　　)				
	介護サービスの利用	□ 無　□ 有　サービス内容　(　　)				
	障がい等級等	□ 無　□ 有　身障　(　級)　精神　(　級)　療育　(　級)　その他　(　　)				
	病名等					
	経済状況	□ 就労中　□ (　　)年金　□ 生活保護				
	住居	□ 戸建　□ 集合住宅（　階）　エレベーター □ 有 □ 無				
		□ 施設　(　　)　□ 入院中(　　)				
	同居家族	□ 無　□ 有（　　）				家族状況
	キーパーソン①	氏名		続柄		
		住所				
		電話	都合のよい時間帯　曜日　：　頃			
	キーパーソン②	氏名		続柄		
		電話				

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			
2			
3			
4			

心身の状態について

障害高齢者の日常生活自立度	□ 無　□ J、独力で外出　□ A、屋内生活は自立　□ B、車いす使用　□ C、一日中ベット上			
麻痺	□ 無　□ 軽度　□ 中度　□ 重度　□ 部位（　　）			
筋力の低下	□ 無　□ 軽度　□ 中度　□ 重度　□ 部位（　　）			
関節の拘縮	□ 無　□ 軽度　□ 中度　□ 重度　□ 部位（　　）			
褥瘡	□ 無　□ 有（部位・程度等　　）			
アレルギー	□ 無　□ 有（　　）			
視力	眼鏡	□ 有　□ 無　□ 日常生活に支障なし　□ 目の前のものがみえる　□ ほとんどみえない		
聴力	補聴器	□ 有　□ 無　□ 日常生活に支障なし　□ 大声なら聞こえる　□ ほとんど聞こえない		
歯・歯肉の状態	痛み	□ 無　□ 有（　　）	出血や晴れ等の異常	□ 無　□ 有（　　）
義歯	□ 無　□ 有（　　）→ トラブルの有無	□ 無　□ 有（　　）		
嚥下に関する問題	□ 無　□ 有（　　）			
医療的処置	□ 無　□ 点滴　□ 中心静脈栄養　□ 透析　□ ストーマ　□酸素療法　□ レスピレーター　□ 経管栄養			
	□ その他（　　）			
認知症高齢者の日常生活自立度	□ 無　□ I、日常生活自立　□ II、付添が必要　□ III、時々介助が必要　□ IV、常に介助　□ M、専門医療が必要			
BPSD	□ 無　□ 徘徊　□ 介護への抵抗　□ 焦燥・不穏　□ 攻撃性　□ 幻視・幻聴　□ 昼夜逆転　□ 大声を出す			
	□その他症状（　　）			

起き上り	□ 自立 □ 見守り □ 一部介助 □ 全介助	立ち上り	□ 自立 □ 見守り □ 一部介助 □ 全介助
移動	□ 自立 □ 見守り □ 一部介助 □ 全介助	補助具	□ 無 □ 杖 □ 車いす □ その他（　　）
衣服の着脱	□ 自立 □ 見守り □ 一部介助 □ 全介助 ➡ 介助内容(　　)		
入浴	□ 自立 □ 見守り □ 一部介助 □ 全介助 ➡ 介助内容(　　)		
口腔ケア	□ 自立 □ 見守り □ 一部介助 □ 全介助 ➡ 介助内容(　　)		
排泄	□ 自立 □ 見守り □ 一部介助 □ 全介助 ➡ 介助内容(　　)		
福祉用具 (移動補助具以外)	□ 無 □ 有(　　)		
住宅改修	□ 無 □ 有(　　)		
食事支度	□ 自立 □ 一部介助 □ 全介助	食事形態	□ 普通 □ その他（　　） □ 経管栄養
食事摂取	□ 自立 □ 見守り □ 一部介助 □ 全介助		
金銭管理	□ 自立 □ 一部介助 □ 全介助		
服薬管理	□ 自立 □ 見守り □ 一部介助 □ 全介助		
内服薬、 その他			

（　　）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　　年　　月　　日　　氏名

上記代理人(代理人を選定した場合)　　(続柄　　)