

入院時情報提供シート(ケアマネジャー→医療機関) 情報提供日 R4年 〇月 〇日

面談 郵送 その他()

居宅介護支援事業所 ○〇事業所

入院日 R4年 〇月 〇日

連絡先(Tel) ○〇-〇〇〇〇

担当ケアマネジャー 上天草 芥子

フリガナ 氏名	アマクサ タロウ 天草 太郎 様	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日	S15 年 1 月 1 日 (82 歳)					
住所	天草市亀場町食場〇〇-〇〇						Tel	〇〇-〇〇〇〇	
家族構成・状況 妻と2人暮らし 長女 天草 長男 福岡	主介護者	氏名	天草 花子			続柄	妻	Tel	〇〇-〇〇〇〇
	キーパーソン	氏名	天草 花子			続柄	妻	Tel	〇〇-〇〇〇〇
	介護力 家族関係等	妻と2人暮らし、介護サービスを利用しながらの生活 家事全般は妻が行っている 時々長女の訪問有(2ヶ月に1回)							
かかりつけの医療機関	医療機関名	〇〇医院			医師名	〇〇先生		受診頻度	月に1回
		〇〇整形外科				〇〇先生			月に1回
既往歴	両膝関節症 高血圧 認知症 脳梗塞			アレルギー 感染の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (アルコール綿、金属、食物等)				
				医療処置等	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (膀胱瘻、腎瘻、胃瘻、褥瘡、インスリン等)				
介護保険	認定内容	<input type="checkbox"/> 総合事業対象者 <input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input checked="" type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5 <input type="checkbox"/> 申請中 (<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 更新 <input type="checkbox"/> 区分変更)							
	有効期限	R3 年 1 月 1 日 ~ R4 年 12 月 31 日							
	週間サービス	日	月	火	水	木	金	土	その他(週間以外)
		午前		デイサービス			デイサービス		
	午後		デイサービス			デイサービス			
	住宅改修 <input checked="" type="checkbox"/> 済 (改修場所: 玄関上がりかまち、トイレ、浴室、廊下、手すり設置)								
障害高齢者の日常生活自立度		<input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input checked="" type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input checked="" type="checkbox"/> C2							
認知症高齢者の日常生活自立度		<input type="checkbox"/> I <input checked="" type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M							
入院前の状況	食事	<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			食事形態	<input type="checkbox"/> ペースト <input type="checkbox"/> 刻み <input checked="" type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 他()			
	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			移動手段	<input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> シルバーカー <input type="checkbox"/> 歩行器 <input checked="" type="checkbox"/> その他(手すり伝い歩き)			
	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			方法	<input checked="" type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> カテーテル等()			
	入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			褥瘡	<input checked="" type="checkbox"/> 有 (部位: 仙骨部、臀部) <input type="checkbox"/> 無			
	麻痺	<input checked="" type="checkbox"/> 有 (部位: 左上肢軽度) <input type="checkbox"/> 無			拘縮	<input checked="" type="checkbox"/> 有 (部位: 左上肢) <input type="checkbox"/> 無			
	義歯	<input checked="" type="checkbox"/> 有 (総義歯) <input type="checkbox"/> 無			咽せ	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> とろみ使用 (水分のみとろみ使用する)			
	認知症状	<input checked="" type="checkbox"/> 有 (症状: 同じことを繰り返し話すためその都度説明する) <input type="checkbox"/> 無							
	精神面	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 幻覚・幻視 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 妄想 <input checked="" type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input checked="" type="checkbox"/> その他 (実際にはないものが見えるということがある)							
	視力	<input type="checkbox"/> 問題なし <input checked="" type="checkbox"/> 困難(眼鏡使用)			聴力	<input type="checkbox"/> 問題なし <input checked="" type="checkbox"/> 困難(大きな声で何とか聞こえる)			
	言語	<input type="checkbox"/> 問題なし <input checked="" type="checkbox"/> 困難(発語なく筆談要)			意思疎通	<input type="checkbox"/> 問題なし <input checked="" type="checkbox"/> 困難(返事、挨拶程度は可能)			
服薬管理	<input checked="" type="checkbox"/> 自己管理 <input checked="" type="checkbox"/> 他者(妻)			服用忘れ	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 時々				
備考	脳梗塞後遺症にて軽度左麻痺あるがADLは何とか自立 手すりにつかまり歩行可能 以前入院時、帰宅願望強く早期退院となったことがあった							上記に記載ができないことなどを追記	
今後の生活について ケアマネジャーとしての意見 (在宅での生活に必要な要件や経済的な問題等) (例)・妻も高齢であるため介護負担が増えると自宅での生活は困難。伝い歩きでトイレに移動ができ、玄関先に20cmの階段が3段あるため、階段昇降ができる状態での退院が必要。 ・日中独居のため、トイレ使用またはポータブルトイレの使用が自立していることが必要。 等									

退院時連携シート(医療機関→ケアマネジャー)

ケアマネジャー **上天草 芥子** 様
 医療機関名 **〇〇病院** 記載者名 **看護師 〇〇〇〇**
 入院日 **R4** 年 **〇** 月 **〇** 日
 退院(予定)日 **R4** 年 **〇** 月 **〇** 日
 記載日 **R4** 年 **〇** 月 **〇** 日

フリガナ 氏名	アマクサ タロウ 天草 太郎 様	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日	S15 年 1 月 1 日 (82 歳)
入院の原因疾患	うっ血性心不全		主治医名	〇〇Dr (診療科 循環器内科)
入院中の診療状況 (経過)	<input type="checkbox"/> Nsサマリー参照(重複する部分はNsサマリーを確認ください) 20××年〇月〇日〇時頃、自宅にて呼吸困難感訴え体動困難となり、救急搬送。検査結果にてうっ血性心不全のため入院。入院後酸素開始、点滴・注射(ハンプ・ラシックス)施行し、呼吸状態も安定し、〇月〇日より心臓リハビリ開始。〇月〇日に酸素中止となった。入院時残薬多量にあり、内服1日配薬を試みたが、自己管理は困難。今回訪問看護導入し内服管理、心不全の管理依頼、〇月〇日退院前カンファレンス後自宅退院となる。			
退院後の医療機関・今後の通院予定	<input checked="" type="checkbox"/> 次回受診あり(日程: 〇月〇日 循環器内科 〇〇Dr) <input checked="" type="checkbox"/> かかりつけ医への受診(内服が切れる前に受診) <input type="checkbox"/> その他の医療機関()	緊急時の相談・連絡先	※退院後 訪問看護〇〇ステーション かかりつけ医 〇〇医院 (TEL) 〇〇-〇〇〇〇	
退院後に必要な医療処置	尿道留置カテーテル、腎瘻、膀胱瘻、人工肛門 胃瘻、在宅酸素、褥瘡、インスリン など	処方内容	<input checked="" type="checkbox"/> 別紙あり 注射等は単位まで 服薬カレンダー使用	
アレルギー-感染状況	ESBL産生菌 〇/〇(日付):便より(+) MRSA 〇/〇(日付):痰より(+)			
身体状況	麻痺	<input checked="" type="checkbox"/> 有 (部位: 上下肢とも軽度の左麻痺あり)	<input type="checkbox"/> 無	
	拘縮	<input checked="" type="checkbox"/> 有 (部位: 左手 タオルを挟むなどの対応を行った)	<input type="checkbox"/> 無	
	褥瘡	<input checked="" type="checkbox"/> 有 (部位: 仙骨部、臀部) 処置: (洗浄+ユーパスタ ガーゼ保護)	<input type="checkbox"/> 無	
	皮膚	<input checked="" type="checkbox"/> 洗浄 <input checked="" type="checkbox"/> 軟膏塗布 (アズノール軟膏) <input checked="" type="checkbox"/> ガーゼ交換 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 無	
	口腔内	<input checked="" type="checkbox"/> 問題あり (義歯が合わず、ソフト食摂取 歯科受診し義歯調整が必要)	<input type="checkbox"/> 無	
	嚥下機能	<input type="checkbox"/> 良好 <input checked="" type="checkbox"/> 問題あり (注意点: ムセがあり水分のみとろみ使用)	()	
	意思疎通	<input type="checkbox"/> 良好 <input checked="" type="checkbox"/> 何とか可能 <input type="checkbox"/> 不可 (発語少ないが 返事や頷きなどでコミュニケーションは可)	()	
排便状況	<input type="checkbox"/> 良好 <input checked="" type="checkbox"/> 問題あり (2、3日排便ないときはテレミンソフト挿入し、排便あり)	()		
認知機能・精神面の状況	ナースコール指導行方が使用できず、センサーにて対応。時々帰宅願望あり、荷物をまとめたりされるが適宜説明を行い対応した。			
ADLに関すること	<input checked="" type="checkbox"/> Nsサマリー参照(重複する部分はNsサマリーを確認ください)			
	起居動作・寝返り	<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 (ベッド柵につかまり可能)		
	移動	<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 / <input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖 <input checked="" type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> シルバーカー <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ベッド		
	食事	<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	形態	<input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> ソフト食 <input checked="" type="checkbox"/> 軟菜食 <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 経管栄養
	排泄	<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	方法	<input checked="" type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input checked="" type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> オムツ交換
	入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 (洗髪、背部の洗身のみ介助行った)	()	
	更衣	<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	義歯	<input checked="" type="checkbox"/> 総義歯 <input type="checkbox"/> 部分義歯 <input type="checkbox"/> 自歯 ()
	睡眠	<input type="checkbox"/> 良眠 <input type="checkbox"/> 不眠 <input checked="" type="checkbox"/> 眠剤使用 (入院直後に使用したがその後は内服せず朝まで入眠できた)		
リハビリ状況や注意点	<input type="checkbox"/> リハサマリー参照 元々強い歩きだが入院によりADL低下あり、歩行器見守りでは歩行可能 階段昇降も支えがあれば可能 転倒リスクが高いため歩行器レンタルし、移動時見守りが必要。			
退院後の生活:医療面での注意点や予後予測 (食事制限なども含めて)	デイサービス、訪問看護で体重測定実施し退院時57kgより3kg以上の増加があればかかりつけ医に相談し、受診が必要。 薬:内服カレンダー使用し、訪問看護にて1週間分セット、毎回妻に声かけを依頼。 デイサービスや訪問看護利用時に残薬の確認してもらう。 食事:〇/〇 本人、妻へ栄養指導すみ 塩分は控えめにしましょう		今後について(医師説明・家族・本人の意向) 入院時ICにて:今回の入院で状態悪化し、退院できない可能性がある 心不全は繰り返し段々悪化する 急変時DNAR 本人:自宅に帰りたい 家族:本人が動けて家で看れる間は自宅に連れて帰りたい	
備考	受診時持参が必要です (例)糖尿病手帳・心不全手帳・私のカルテ 等			

※医療用語、略語等は使用せずに記載して下さい。