

介護と看護との連携サマリー

年 月 日提出

ふりがな 氏名	様 男 女	生年月日	M T S 年 月 日	住所	
緊急連絡先	(続柄)	家族構成	☆キーパーソン		
介護保険	申請中 要支援 1・2 要介護 1 2 3 4 5				
かかりつけ医 (連絡先)	(医院)				
身障手帳等	有 ()・無		本人・家族関係等の状況		
経済状況	年金 生活保護 その他		本人： 家族：		
既往歴					
認知症の有無	認知症状[有 無] 認知症生活自立度 自立 I IIa IIb IIIa IIIb IV M				
介護サービス等	フォーマル(福祉サービス含む) <input type="checkbox"/> 訪問介護 () <input type="checkbox"/> 通所介護 () <input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション () <input type="checkbox"/> 訪問看護 () <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与 () <input type="checkbox"/> 配食サービス () その他・・・ インフォーマル(家族の介護力・支援状況含む)				
居住環境 (周辺環境)	住宅改修[無 有：内容]				
生活状況等 (本人・家族の望む暮らしを含む)	本人： 家族： 生活状況：				
在宅での生活課題・その他特記事項					

※退院の目途がつかましたら、裏面・病院欄にご記入の上、担当ケアマネジャーまでご連絡いただけますよう、よろしく申し上げます。また、退院に向けての話し合いを行う場合に、ケアマネジャーも同席したいので、日時をお知らせください。

※なお、このシートにおける個人情報の取り扱いについては、本人もしくは家族に同意を得ています。

※和泉市医療と介護の連携推進審議会

事業所名	
住所	
担当者	
連絡先	TEL: _____ FAX _____



病院名	
病棟 看護師長	

_____様 入院期間 入院日 年 月 日 ~ 退院(予定) 年 月 日	
入院となった主病等 主病名 主症状	担当医 _____ 副病名 _____ 特別な医療 _____ 点滴の管理 中心静脈栄養 透析 酸素療法 ストーマ(人工肛門)の処置 気管切開 留置カテーテル 喀痰吸引 その他() 導入予定の医療系サービス等()
入院中の経過・治療内容	
退院後の注意点と指導内容【療養上の留意する事項】 (リハビリについての指導、運動制限の内容等含む)	本人・家族の意向・注意点、指導内容に対する理解度

ケアマネ欄(入院前の状況)		病院欄(年 月 日)記入者氏名 _____	
	具体的な状態・支援の内容		具体的な状態・支援の内容・注意点等
移乗・移動	寝返り []	寝返り []	
	起き上がり []	起き上がり []	
	立ち上がり []	立ち上がり []	
	座位 []	座位 []	
	立位 []	立位 []	
	移乗 []	移乗 []	
	歩行 []	歩行 []	
	移動手段 []	移動手段 []	
排泄	尿意[有・無] 便意[有・無] 失禁[有・無]	尿意[有・無] 便意[有・無] 失禁[有・無]	
	方法[日中 _____ 夜間 _____]	最終排便 [] 方法[日中 _____ 夜間 _____]	
食生活・口腔	摂取方法・形態等(栄養指導の有無) []	摂取方法・形態等(栄養指導の有無) []	
	嚥下・口腔ケアの状態及び指導内容 []	嚥下・口腔ケアの状態及び指導内容 []	
清潔	保清(入浴・清拭) []	保清(入浴・清拭) []	
	着脱・整容 [] 入浴制限【有 無】	最終入浴・保清日 [] 着脱・整容 [] 入浴制限【有 無】	
服薬状況【有 無】(管理・飲み方など) 自己管理・家族管理・サービス管理 備考:		服薬状況【有 無】(管理・飲み方など)	
コミュニケーション・認知・精神症状など (視力・聴力・発語など状況含む)		コミュニケーション・認知・精神症状など (視力・聴力・発語など状況含む)	
夜間の状態 [良眠 問題あり] 状態 []		夜間の状態 [良眠 問題あり] 状態 []	