

医療・介護連携シート

ver.5

御中

平成

年

月

日

フリガナ 氏名					性別	生年月日	年齢 120
住所	〒			TEL			
身長	cm	体重	kg	BMI	#DIV/0!		
要介護認定		認定日		有効期間		~	
日常生活自立度		認知症自立度					
社福減免		負担減額					
障害者手帳等	身体			精神		療育	
病名				既往歴			
医療的処置		特記事項					
褥瘡		特記事項					
アレルギー		特記事項					
感染症		特記事項					
基本動作	寝返り		介助内容				
	起き上がり		介助内容				
	座位		介助内容				
	立ち上がり		介助内容				
	移乗		介助内容				
	移動		介助内容				
食事	食事		特記事項				
	主食形態		主菜形態				
	栄養状態		特記事項				
口腔	口腔清潔		特記事項				
	義歯有無		特記事項	上		下	
薬	服薬管理		特記事項				
排泄	排泄		特記事項				
	排泄方法		特記事項				
	排便コントロール		特記事項				
入浴	入浴		特記事項				
	入浴方法		特記事項				
更衣	衣類着脱		特記事項				
コミュニケーション	意思疎通		特記事項				
	視力		特記事項				
	聴力		特記事項				
認知症	中核症状		特記事項				
	周辺症状		特記事項				

リハビリ	実施状況		内容	<input type="checkbox"/> 理学療法 <input type="checkbox"/> 作業療法 <input type="checkbox"/> 言語療法 <input type="checkbox"/> 摂食嚥下		
	特記事項					
家族構成					利用中サービス 希望サービス サービス種類	
					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 訪問診療 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 訪問リハ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 通所リハ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 短期入所 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 福祉用具 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> その他	
主介護者	フリガナ		続柄	Tel		
	氏名			携帯		
	住所					
キーパーソン	フリガナ		続柄	Tel		
	氏名			携帯		
	住所					
緊急連絡先	フリガナ		続柄	Tel		
	氏名			携帯		
	住所					
本人意向留意事項						
家族意向留意事項						
その他						
かかりつけ	医師		医療機関名		Tel	
	医師		医療機関名		Tel	
	医師		医療機関名		Tel	
	歯科医師		医療機関名		Tel	
	薬剤師		薬局名		Tel	
ケアマネ	担当		事業所名		Tel	
情報提供者	担当		病院 事業所名		Tel	
					Fax	