

# 中部の入院時連携シート

(居宅介護支援事業所 ⇒ 病院・医院様)

記入日 平成 年 月 日	担当居宅介護支援事業所	介護支援専門員氏名
入院日 平成 年 月 日	相手先の病院等の名前を記入	FAX 担当者兼記入者名記入
<ul style="list-style-type: none"> <li>・入院後7日以内に記入すること</li> <li>・各病院等連携窓口へ送付又は持参し、記入しきれない内容は口頭で伝達</li> </ul>		月 日生( 歳)
利用者名		
住所	キーパーソンと連絡先が別々な場合はそれぞれ記入	TEL
介護保険 <b>総合事業</b>	(認定済み・申請中) <b>総合事業</b> 要介護度	キーパーソン・緊急連絡先>
認定期間	平成 年 月 日~平成 年 月 日	家族背景 <b>&lt;ジェノグラム&gt;</b>
在宅主治医 及び病歴	入院前の主治医・病院名、往診・受診、入院歴等必要に応じて記入	
入院前の居宅サービス 利用状況	<訪問系> 名称・頻度 <通所系> 名称・頻度 事業所名、入院前の計画頻度	<その他> ショートステイ・福祉用具貸与・住宅改修等 ショート、レンタル、住宅改修の場所、福祉用具購入、インフォーマルサービス等必要に応じて記入
身障手帳・特定疾患・介護保険負担限度額認定情報等		特
入院(病状悪化)する以前の生活状況		特
食事	自立・見守り・一部介助・全介助・その他 (ペースト・刻み・ソフト食・普通/経管栄養)	入院前の良かった時の状態(直近)
口腔ケア	自立・一部介助・全介助・その他	
移動	自立・一部介助・全介助・その他 (見守り・手引き・杖・老人車・歩行器・車椅子)	
入浴	自立・見守り・一部介助・全介助・ 不可(シャワー・清拭)	
排泄	排尿	自立・見守り・一部介助・全介助/オムツ
	排便	自立・見守り・一部介助・全介助/オムツ
障害高齢者の 日常生活自立度	自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2	
認知の程度と BPSD	自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M	
服薬管理	自立・一部介助・全介助・その他	
入院に際しての 伝達事項 (生活と介護の 状況、環境、経 済状況等)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・上記以外に病院に伝えたい内容を必要に応じてフリーに記入</li> <li>・自宅見取り図、生活動線、ケアプラン等は必要に応じて添付</li> <li>・入院中に想定される認知症状なども記述</li> </ul>	

(自宅見取り図等)