

様

氏名			男性 ・ 女性	生年月日		年齢	歳
住所	TEL			申請中【 新規 ・ 更新 ・ 変更 】	事業対象者		
緊急連絡先	氏名: (続柄:)	TEL		要介護度	要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5		
	氏名: (続柄:)	TEL			有効期間【平成31年10月10日～平成31年10月10日】		
家族構成	主な介護者	氏名: (続柄)		本人の意向			
	家屋状況	(戸建て ・ 集合住宅) ()階建 居室()階 エレベーター(有・無)		家族の意向			
				年金の種類	国民 ・ 厚生 ・ 共済 ・ 身障		
既往歴	かかりつけ医療機関	かかりつけ医には情報提供することを伝える		主治医			
	障害者認定の有無	認定 (なし ・ あり)		障害高齢者の日常生活自立度	自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2		
生活歴		身体 ()級 精神 ()級 知的 ()級		認知症高齢者の日常生活自立度	自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M		
	在宅生活に必要な条件	(ケアマネジャーとしての意見)		虐待の可能性の有無	無 ・ 有		
				入院前の介護サービスの利用状況: (居宅サービス計画書3表添付)			

入院前の状況

具体的状況・その他特記事項

栄養	食事	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助					
	形態	主食 : 常食 ・ 粥 ・ ペースト					
		副食 : 普通 ・ ソフト食 ・ 刻み ・ ペースト					
		とろみ : なし ・ あり ()					
方法	経口 ・ 経管栄養 (鼻腔 ・ 胃ろう ・ 腸ろう) ・ 輸液						
	嚥下 : 良 ・ 不良 咀嚼状況 : 良 ・ 不良						
排泄	排尿	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助		尿意: あり ・ なし			
	排便	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助		便意: あり ・ なし			
	失禁	なし ・ あり ()					
	方法	トイレ・ポータブルトイレ・尿器・おむつ・カテーテル等					
入浴	清潔	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助 ・ 行っていない					
	方法	一般浴 ・ シャワー浴 ・ 機械浴 ・ 清拭					
移動	歩行	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助		麻痺の有無 : なし ・ あり ()			
	移乗	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助					
	方法	独歩・杖・シルバーカー・歩行器・車椅子・ストレッチャー					
夜間の状態	睡眠	良眠 ・ 不眠 (状態)					
	睡眠薬	なし ・ ときどき ・ 常用					
認知精神面	認知症状	なし ・ あり		【中核症状】 <input type="checkbox"/> 記憶障害 <input type="checkbox"/> 見当識障害 <input type="checkbox"/> 知能(判断・理解)障害 <input type="checkbox"/> 実行機能障害			
	専門医への受診	なし ・ あり ()		()			
	精神状態(疾患)	なし ・ あり ()		【周辺症状】 <input type="checkbox"/> 幻覚 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 攻撃的行動 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> その他			
コミュニケーション	会話	可 ・ やや困難 ・ 不可能 ()		聴覚: 支障なし ・ 支障あり ()			
				視覚: 支障なし ・ 支障あり ()			
褥瘡	なし ・ あり (部位)		体圧分散マット : 使用していた ・ 使用していなかった				
口腔清潔	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助						
医療的処置	義歯の有無: なし ・ あり						
	<input type="checkbox"/> 処置あり <input type="checkbox"/> 処置なし <input type="checkbox"/> インスリン注射 (内容 : 回数 / 日 自己注射 可・不可) <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 疼痛管理 <input type="checkbox"/> 膀胱留置カテーテル <input type="checkbox"/> その他 ()						
その他連絡事項	その他、連絡事項がある際に記入する						

お願い : カンファレンスの際は、参加させていただきたいのでご連絡ください。また、退院時には可能な限り、入退院共通連携シート(医療機関→在宅・施設)を使用しての情報提供をお願いします。薬剤情報は別途添付してください。

事業所名 :

連絡先 : TEL

FAX

担当ケアマネジャー :

氏名	Tさん		性別	男性	生年月日	M・T・S 24.7.27	年齢	65歳
住所	A市w町1234番地		TEL	0228-		申請中【新規・更新・変更】		
緊急連絡先	氏名	Oさん (続柄 妹)	TEL	0124-		要介護度	要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5	
	氏名	Bさん (続柄 弟)	TEL	0648-			有効期間【H26年1月1日～H28年12月31日】	
かかりつけ医療機関	S病院		障害認定	身体障害者手帳(1級:肢体)		障害高齢者の日常生活自立度	自立・J1・J2・A・A2・B1・B2・C1・C2	
主治医	K先生			精神障害者手帳(療育手帳)		認知症高齢者の日常生活自立度	自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M	
感染症	(無)・有()		家族構成		入院前の自宅での生活の様子等			
既往歴	昭和51年 I型糖尿病 平成18年 脳出血(右片麻痺) 平成20年 硝子体出血(全盲)				全盲で右片麻痺があるが、住み慣れた家なので一人で歩行し、手探りで歩行し、気ままに生活してきた。日中は、お店だったスペースにある、いすに腰掛け、ラジオを聴いてすごしていた。			
生活歴	くだもの屋の長男として生まれ育つ。結婚歴は無く、両親が亡くなってからは一人暮らしをしてきた。くだもの屋は、脳出血を発症するまでは細々と営業していた。発症後は閉店している。近所との交流はほとんど無い。		主介護者：なし 住民税：課税・ 非課税 年金の種類：国民・厚生・共済・ 身障者 保険の種類： 国保 ・社保・後期・公費・その他()		在宅でのサービス利用状況		訪問介護(週7回) 訪問リハビリ(週2回) ガイドヘルパーによる通院介助(月2回)	
			家屋状況		一戸建て マンション・アパート(1階・2階以上) 段差 あり ・なし 手すり あり ・なし			

入院前の状況			具体的状況・その他特記事項		
栄養	食事	自立・見守り・一部介助・全介助 主食 常食・粥・ペースト 副食 普通・ソフト食・刻み・ペースト とろみ：なし・あり()	朝食は、本人が手探りで米をとき、ご飯をたいている。昼食はヘルパーに作ってもらう。夕ご飯は、お弁当の宅配を頼んでいる。レンジでの温めはできる。「おいしいものが食べたい」、と…、通信販売で、季節の旬ものなど、電話で注文し、取り寄せている。それをヘルパーに調理してもらっている。買い物は週1回、ガイドヘルパーと一緒にいる。		
	方法	経口・経管栄養(鼻腔・胃ろう・腸ろう)・輸液 嚥下 良・不良 咀嚼状況 良・不良			
	排尿	自立・見守り・一部介助・全介助	尿意：あり・なし		
	排便	自立・見守り・一部介助・全介助	便意：あり・なし		
排泄	失禁	なし・あり()	便がゆるいときに、間に合わず、トイレを汚してしまうことがありヘルパー支援時に掃除してもらっている。		
	方法	トイレ・ポータブルトイレ・尿器・おむつ・カテーテル等			
	入浴	清潔 自立・一部介助・全介助・行っていない 方法 一般浴・シャワー浴・機械浴・清拭	入浴は一人でやりたいという強い希望があり、ヘルパーのいる時間に一人で入浴している。湯船には入らず、シャワー浴である。		
	移動	歩行 自立・見守り・一部介助・全介助 移乗 自立・見守り・一部介助・全介助 方法 独歩杖・シルバーカー・歩行器・車椅子・ストレッチャー	麻痺の有無：なし・あり(右片麻痺) 慣れた場所(自宅内)は、手探りでゆっくり歩行し移動している。外出の際は、介助者の肩につかまりゆっくり歩行し移動している。		
夜間の状態	睡眠	良眠・不眠(状態)	就寝前に350mlビールを1缶飲むのが日課。それでも寝つきの悪いときには睡眠薬を服用。(本人管理)		
	睡眠薬	なし・ときどき・常用			
認知精神面	認知症	なし・あり	【中核症状】記憶障害・見当識障害・知能(判断・理解)障害 実行機能障害()		
	専門医への受診	なし・あり	【周辺症状】幻覚・妄想・昼夜逆転・介護への抵抗 攻撃的行動・不潔行為・徘徊・その他()		
	精神状態(疾患)	なし・あり()			
コミュニケーション	会話	可 やや困難・不可能()	聴覚 支障なし・支障あり() 視覚 支障なし・支障あり(全盲:光はわかる)		
褥瘡	褥瘡	なし あり(部位)	体圧分散マット：使用していた 使用していなかった		
口腔清潔	義歯の有無	自立・見守り・一部介助・全介助 なし あり	食後、一人で台所のシンクで口をゆすいでいる。		
医療的処置	インスリン注射(内容 ランタス朝 ノボラピット朝昼夕 回数 4回/日 自己注射 可不可)・在宅酸素・人工呼吸器 中心静脈栄養・喀痰吸引・人工肛門・疼痛管理・膀胱留置カテーテル・その他()				
その他連絡事項	「気ままに自由に自宅で暮らしたい」というのが、本人の強い希望です。				

お願い：カンファレンスの際は、参加させていただきたいのでご連絡ください。また、退院時には可能な限り、入退院共通連携シート(医療機関→在宅・施設)を使用しての情報提供をお願いします。

事業所名： ○×ケアプランセンター 連絡先： TEL 0228- FAX 0228-

担当ケアマネジャー： F田 F代

入退院共通連携シート(在宅・施設→医療機関)
〇〇病院様

作成日 平成 年 月 日
 報告提供日 平成 年 月 日

記載時の注意点など

介護認定の状況に○をつける。

かかりつけ医には、情報提供することを伝えること

自宅での生活状況や、本人や家族の想いなど、「入院前の日常」の様子がわかるよう、必要な情報を記入する。

家族構成は、図を用いて表現する。家族背景等、留意すべきことも記入する。

出身地や職歴など、これまでの本人の生活の歴史がわかるよう、必要な情報を記入する。

各項目の、具体的な状況や詳細等、伝えたい情報を記入する。
 (例) 食事：自宅では朝食屋食と夕食の2食のみ。
 排泄：夜間は尿器で日中はトイレで排尿。

認知症状の具体的な状況を○で囲み、伝えたい状況を記入する。

あてはまる処置をまるで囲む。

その他、連絡事項がある際に記入する。

氏名	男性	年齢	歳
住所	Tel	申請中【新規・更新・変更】	
緊急連絡先	(続柄) Tel	要支援 1・2	要介護 1・2・3・4・5
かかりつけ医療機関	(続柄) Tel	有効期間	
主治医	身体障害者手帳() 精神障害者手帳() 療育手帳()	自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2	
感染症：無・有()	障害認定	自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M	
既往歴	家族構成	入院前の自宅での生活の様子等	
生活歴	主介護者：()	在宅でのサービス利用状況	
	住居別：()	家族状況	
	年金の種類：国民・厚生・共済・後期・公費・その他()	段差	あり・なし
	保険の種類：国保・社保・後期・公費・その他()	手すり	あり・なし

入院前の状況		具体的状況・その他特記事項	
食事	自立・見守り・一部介助・全介助		
形態	主食：常食・粥・ペースト 副食：普通・ソフト食・刻み・ペースト とろみ：なし・あり()		
方法	経口・経管栄養(鼻腔・胃ろう・腸ろう)・輸液 嚥下：良・不良 咀嚼状況：良・不良		
排尿	自立・見守り・一部介助・全介助	尿意：あり・なし	
排便	自立・見守り・一部介助・全介助	便意：あり・なし	
失禁	なし・あり()		
方法	トイレ・ポータブルトイレ・尿器・おむつ・カテーテル等		
清潔	自立・一部介助・全介助・行っていない		
方法	一般浴・シャワー浴・機械浴・清拭		
歩行	自立・見守り・一部介助・全介助	麻痺の有無：なし・あり()	
移乗	自立・見守り・一部介助・全介助		
方法	独歩・杖・シルバーカー・歩行器・車椅子・ストレッチャー		
夜間の状態	良眠・不眠(状態)		
睡眠薬	なし・ときどき・常用		
認知	認知症：なし・あり		
精神面	専門医への受診：なし・あり 精神状態(疾患)：なし・あり()		
コミュニケーション	会話：可・やや困難・不可能()		
褥瘡	なし・あり(部位)		
口腔清潔	自立・見守り・一部介助・全介助		
医療的処置	インスリン注射(内容 回数 /日 自己注射可・不可) 人工肛門・疼痛管理・留置カテーテル・その他() 喀痰吸引		
その他			
連絡事項			

お願い：カンファレンスの際は、参加させていただきたいのでご連絡ください。また、退院時には可能な限り入退院共通連携シート(医療機関→在宅・施設)を使用しての情報提供をお願いします。

事業所名：
担当ケアマネジャー：

連絡先：TEL

FAX

入退院共通連携シート(医療機関→在宅・施設)

様

作成日:

氏名		性別		生年月日		年齢	
入院期間	~			要介護度	未申請 要支援	再申請中 1 2	新規申請中 要介護 1 2 3 4 5
病名				身長	cm	体重	kg
入院中の経過							
家族構成				既往歴		(本人)病気の捉え方と在宅療養に関する意向 コミュニケーション 不可 可能 ツール 言語 筆談 ジェスチャー 他 (家族)病気の捉え方と在宅療養に関する意向	
キーパーソン:							
連絡先:							
入院中の状況				在宅療養上の留意事項			
栄養	食事	自立 見守り 一部介助 全介助			食事内容: 一般食 特別食 ()		
	食形態	主食(常食 粥 ペースト)			Kcal g		
		副食(普通 ソフト食 刻み ペースト)			禁止食品:		
	方法	経口 経管栄養(鼻腔 胃ろう 腸ろう) 嚥下: 良 不良 咀嚼状況: 良 不良			経管栄養の内容・量等:		
排泄	排尿	自立 見守り 一部介助 全介助			カテーテル:(尿道 膀胱ろう 腎ろう)		
	排便	自立 見守り 一部介助 全介助			導尿: 時間毎		
	失禁	なし あり ()			サイズ: Fr 最終交換日:		
	方法	トイレ ポータブルトイレ おむつ カテーテル等			排便状況:(回1日) 排便コントロール: 不要 要		
入浴	清潔	自立 一部介助 全介助 行っていない			便秘薬使用状況:		
	方法	一般浴 シャワー浴 機械浴 清拭			オムツ・リハビリパンツ:(常時 夜間のみ)		
移動	方法	独歩 杖 シルバーカー 歩行器 車椅子 ストレッチャー			入浴の制限: なし あり		
	歩行	自立 見守り 一部介助 全介助			体温:(度)以上中止 血圧:(mmHg)以上中止		
	移乗	自立 見守り 一部介助 全介助			リハビリの内容:		
夜間の状態	不眠	良眠 不眠 (状態:)			運動制限: なし あり ()		
	睡眠薬	なし ときどき 常用			不眠時対応:		
認知精神面*	認知症高齢者の日常生活自立度: 自立 I IIa IIb IIIa IIIb IV M			認知症状: 記憶障害 幻覚/妄想 昼夜逆転 介護への抵抗			
	障害高齢者の日常生活自立度: 自立 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2			暴言/暴力 不潔行為 徘徊 その他			
褥瘡*	d	e	s	i	g	n	p
	d	e	s	i	g	n	p
	d	e	s	i	g	n	p
口腔清潔	自立 見守り 一部介助 全介助			体圧分散マット: 不要 要 マットの種類: ()			
				体位変換: 不要 要 ()時間毎			
感染症の有無	なし あり ()			口腔の痛み: なし あり ()			
				義歯: なし あり ()			
医療的処置の有無	なし			退院後必要な福祉用具			
	あり			インスリン注射(自己注射: 可 不可 回数: 回) 在宅酸素 人工呼吸器 非侵襲的人工呼吸器(使用状況: 常時 夜間のみ 昼のみ) 中心静脈栄養 喀痰吸引 (回数: 回) 気管切開カニューレ挿入 人工肛門 疼痛管理			
その他							

情報提供元の医療機関名:

* 別紙判定基準参照

所属:

記載者氏名:

責任者氏名:

私は「入退院共通連携シート」の目的について説明を受け理解した上で利用することに同意します。

署名(代筆):

氏名	A氏	生年月日	1931/5/10	年齢	82歳
入院期間	平成25年12月25日～平成26年1月27日	要介護度	未申請・再申請中・新規申請中・非該当 要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5		
病名	誤嚥性肺炎・脱水	身長	150 cm	体重	40 Kg

入院中の経過:12/23(入院の3日前)から37℃代の発熱あり、12/24～動けなくなり布団での生活になっていた。食事も食べられず水分のみ摂取していた。改善見られないため、ケアマネに進められ12/25かかりつけ〇〇医院受診し、当院内科紹介となり、上記診断で入院する。入院後から抗生剤と輸液治療実施し、誤嚥性肺炎は改善されたが、活動レベルに回復は見られずADLは全介助状態である。意識レベルは傾眠傾向で、時々声かけにうなずくこともある程度、発語なし。栄養法は、ご家族と相談し胃瘻は造設しない方向となり、中心静脈栄養となる。入院時に比べ痰の量は軽減したが、朝と昼と寝る前に吸引は必要である。夜間の吸引は、ほとんど必要なし。ご家族は在宅介護を希望され退院調整行い退院となった。

<p>家族構成</p> <p>長女と2人暮らし 長女は結婚歴なし</p> <p>既往歴 70歳 高血圧 C医院通院内服治療 80歳 認知症 C医院通院内服治療</p> <p>内服薬は、別紙参照</p>	<p>(本人)病気の捉え方と在宅療養に関する意向 コミュニケーション図れず、意向確認できない</p> <p>コミュニケーション(不可)</p> <p>ツール(言語・筆談・ジェスチャー・他)</p> <p>(家族)病気の捉え方と在宅療養に関する意向 出来る限り自宅でみたい。しかし、最期は病院でお世話になりたい。 ・退院後はかかりつけの〇〇医院でフォロー</p>
<p>キーパーソン:長女:B氏</p> <p>連絡先:長女携帯 : △△△-□□□□-*##*#</p>	

入院中の状況		在宅療養上の留意事項	
栄養	食事	自立・見守り・一部介助・全介助 主食(常食・粥・ペースト) 副食(普通・ソフト食・刻み・ペースト) とろみ: なし・あり()	食事内容: 一般食・特別食() Kcal g
	食形態	経口・経管栄養(鼻腔・胃ろう・腸ろう)・輸液 嚥下: 良・不良 咀嚼状況: 良・不良	禁止食品: 経管栄養の内容・量等:
	方法		
排泄	排尿	自立・見守り・一部介助・全介助	カテーテル:(尿道・膀胱ろう・腎ろう) 導尿: 時間毎 サイズ: Fr 最終交換日
	排便	自立・見守り・一部介助・全介助	排便状況:(回1日) 排便コントロール:不要・要 便秘薬使用状況:3日排便ない時は4日目にグリセリン洗腸液60ml施
	失禁	なし(あり)	オムツ/リハビリパンツ(常時・夜間のみ)
	方法	トイレ・ポータブルトイレ・おむつ・カテーテル等	
入浴	清潔	自立・一部介助・全介助・行っていない	入浴の制限(なし)・あり 中心静脈栄養挿入中のため業者と要相談
	方法	一般浴・シャワー浴・機械浴・清拭	体温:(37.5 度)以上中止 血圧:(150mmHg)以上・(90mmHg)以下中止
移動	方法	独歩・杖・シルバーカー・歩行器・車椅子	リハビリの内容:専門スタッフによるリハビリの継続性はない。自宅でする硬縮予防の運動については、長女にリハビリスタッフが指導した。
	歩行	自立・見守り・一部介助・全介助	運動制限(なし)・あり()
	移乗	自立・見守り・一部介助・全介助	
夜間の状態	不眠	良眠・不眠(状態: 傾眠傾向)	不眠時対応:
	睡眠薬	なし・ときどき・常用	
認知精神面*	認知症高齢者の日常生活自立度	自立・I・IIa・IIb・III・IV・M	認知症状:記憶障害・幻覚/妄想・昼夜逆転・介護への抵抗・暴言/暴力・不潔行為・徘徊・その他
	障害高齢者の日常生活自立度	自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2	エアマット・自動体交機能付き
褥瘡*	部位	仙骨部 d 1 e 0 s 0 i 0 g 0 n 0 p 0	体圧分散マット(不要)・要 マットの種類:()
	部位	d e s i g n p	体位変換:不要・要 自動体交機能付きならば特に必要なし ()時間毎
	部位	d e s i g n p	
口腔清潔	自立・見守り・一部介助・全介助	口腔の痛み:なし・あり() 義歯(なし)・あり()	
	感染症の有無	なし(あり) 痰からMRSA) 退院後必要な福祉用具	介護用ベッド・自動体交機能付きエアマット
医療的処置の有無	なし	インスリン注射:(自己注射:可・不可 回数: 回) 在宅酸素 人工呼吸器	
	あり	非浸襲的人工呼吸器:(使用状況:常時・夜間のみ・昼のみ) 中心静脈栄養 喀痰吸引(回数:5~6回) 気管切開カニューレ挿入 人工肛門 疼痛管理 吸引は月~金の昼間1回ヘルパー それ以外(朝・寝る前)長女	
その他	入院前どうか動けていたため、誤嚥性肺炎の治療が終わっても活動・認知レベルの回復がないことが始め長女は受け入れられませんでした。しかし、数回の医師からの病状説明にて「老衰」であることを受け入れたようです。入院前の状態と現状に違いがあるため在宅介護には、不安があるようです。しかし、医療・介護行為の習得は早く手技に問題はあります。指導内容は別紙参照してください。また、入院前発熱に対し数日様子を見ていたこともあり、退院後も状態変化への対応が遅くなることもあるかもしれません。訪問看護の方と連絡をとってお願いします。		

情報提供元の医療機関名:〇〇病院

*別紙判定基準あり

所属:△△△

記載者氏名:□□□□

責任者氏名:*****

私は「入退院共通連携シート」の目的について説明を受け理解した上で利用することに同意します。

署名(代筆):〇△ △〇

入退院共通連携シート(医療機関→在宅・施設)

記入マニュアル

作成日 平成 年 月 日

記載時の注意点など

出来る限り、略語は使わず記載する。

特にがん終末期や予後不良状態の方の退院は次のようなことも記載する。①医師からどのような病状説明がされているか ②最期の時の迎え方 ③退院後の通院先

家族構成は図にて表現する。

○女性 □男性 (本人は二重表記) 死亡は● 同居は囲む
家族背景も気になることは記載する。
例) 日中同居 別居の子供たちの住居区 介護力など

入院中の状況で、「一部介助」の場合は、どの程度の介助を要するの言葉で表現する。スペースもしくは、下記のその他へ記載

嚥下状態や痰がある場合は排痰の状況など記載する。
例) 吸引回数や時間帯 自己喀出の有無など

最終排便日を記載する。
胃ろうの次回交換日などを記載する。

退院後の入浴サービスの利用時に参考になるため、医師に確認す

リハビリ継続が望ましい時は、リハビリスタッフにも情報提供書作成を依頼する。

添付資料を参考に記入する。

医療的処置について、こだけで情報提供が困難な場合は別紙に詳細記入する。(看護サマリーなど)

その他に今後在宅介護時に役に立つと思われる情報を記載する。

患者情報を有効的に活用し共有するために、このシートのみでは不十分と思われる場合は、看護サマ

氏名	性別	年齢
入院期間	再申請中・新規申請中・非該当	要介護 1・2・3・4・5
病名	身長	体重
入院中の経過:	kg	
家族構成	(本人)病気のとらえ方と在宅療養に関する意向 コミュニケーション(不可) ツール(言語・筆談・ジェスチャー・他) (家族)病気のとらえ方と在宅療養に関する意向	
キーパーソン:		
連絡先:		
既往歴		
在宅療養上の留意事項		
食事	食事内容:	一般食・特別食 ()
形態	禁止食品:	Kcal
方法	経管栄養の内容・量等:	E
排尿	カテーテル:(尿道・膀胱ろう・腎ろう)	
排便	導尿:	時間毎
失禁	排便状況:(日1回) 排便コントロール:不要・要	最終交換日
方法	オムツ・リハビリパンツ:(常時・夜間のみ)	
方法	入浴の制限: なし・あり	
方法	体温:(度)以上中止 血圧:(mmHg)以上・(mmHg)以下中止	
歩行	リハビリの内容:	
移動	運動制限: なし・あり()	
夜間の状態	不眠時対応:	
認知症高齢者の日常生活自立度: 自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M	認知症状況: 記憶障害・幻覚・妄想・昼夜逆転・介護への抵抗・暴言・暴行・徘徊・その他	
精神状態(疾患): なし・あり()	体圧分散マット: 不要・要	マットの種類: ()
褥瘡	部位	ip
褥瘡	部位	ip
褥瘡	部位	ip
口腔清潔	自立・見守り・一部介助・全介助	口腔の痛み: なし・あり()
感染症の有無	なし・あり()	嚥下: なし・あり()
医療的処置の有無	インスリン注射:(自己注射: 可・不可 回数: 回) 在宅酸素	人工呼吸器
その他	あり 非浸襲的人工呼吸器: (使用状況: 常時・夜間のみ・屋のみ)	中心静脈栄養
	喀痰吸引 (回数: 回)	人工工門
		気管切開カニューレ挿入
情報提供元の医療機関名: ○○病院	退院後必要な福祉用具	
記載者氏名:	記載者と受持ち看護師が異なる場合は、受持ち看護師名も記載する。	
責任者氏名:		
署名(代筆): ○△ △○		

私は「入退院共通連携シート」の目的について説明を受け理解した上で利用することに同意します。

署名(代筆): ○△ △○

DESIGN-R

Depth		深さ		創内の一番深い部分で評価し、改善に伴い創底が浅くなった場合、これと相応の深さとして評価する	
d	0	皮膚損傷・発赤なし	D	3	皮下組織までの損傷
	1	持続する発赤		4	皮下組織を超える損傷
	2	真皮までの損傷		5	関節腔、体腔に至る損傷または、深さ判定が不能の場合
				U	深さ判定が不能の場合
Exudate		浸出液			
e	0	なし	E	6	多量:1日2回のドレッシング交換を要する
	1	少量:毎日のドレッシング交換を要しない			
	3	中等量:1日1回のドレッシング交換を要する			
Size		大きさ		皮膚損傷範囲を測定:【長径(cm)×長径と直交する最大径(cm)】*3	
s	0	皮膚損傷なし	S	15	100以上
	3	4未満			
	6	4以上 16未満			
	8	16以上 36未満			
	9	36以上 64未満			
	12	64以上 100未満			
Inflammation/infection		炎症/感染			
i	0	局所の炎症兆候なし	I	3	局所の明らかな感染徴候あり(炎症兆候、膿、悪臭など)
	1	局所の炎症兆候あり(創周囲の発赤、腫脹、熱感、疼痛)		9	全身的影響あり(発熱など)
Granulation tissue		肉芽組織			
g	0	治癒あるいは創が浅いため肉芽形成の評価ができない	G	4	良性肉芽が、創面の10%以上50%未満を占める
	1	良性肉芽が創面の90%以上を占める		5	良性肉芽が、創面の10%未満を占める
	3	良性肉芽が創面の50%以上90%未満を占める		6	良性肉芽が全く形成されていない
Necrotic tissue		壊死組織		混在している場合は全体的に多い病態をもって評価する	
n	0	壊死組織なし	N	3	柔らかい壊死組織あり
				6	硬く厚い密着した壊死組織あり
Pocket		ポケット		毎回同じ体位で、ポケット全周(潰瘍面も含め)【長径(cm)×短径*1(cm)】から潰瘍の大きさを差し引いたもの	
p	0	ポケットなし	P	6	4未満
				9	4以上 16未満
				12	16以上 36未満
				24	36以上

部位 [仙骨部、坐骨部、大転子部、腫骨部、その他]
 *1 : “短径”とは“長径と直交する最大径”である
 *2 : 深さ(Depth:d.D)の得点は合計には加えない
 *3 : 持続する発赤の場合も皮膚損傷に準じて評価する

合計*2

認知症高齢者の日常生活自立度判定基準

ランク	判定基準	見られる症状・行動の例
I	何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している。	
II	日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られても、誰もが注意していれば自立できる。	
IIa	家庭外で上記IIの状態が見られる。	たびたび道に迷うとか、買物や事務、金銭管理などそれまでできたことにミスが目立つ等
IIb	家庭内でも上記IIの状態が見られる。	服薬管理ができない、電話の対応や訪問者との対応など一人で留守番ができない等
III	日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さが見られ、介護を必要とする	
IIIa	日中を中心として上記IIIの状態が見られる。	着替え、食事、排便、排尿が上手に出来ない、時間がかかる。 やたらに物を口に入れる、物を拾い集める、徘徊、失禁、大声、奇声をあげる、火の不始末、不潔行為、性的異常行為等
IIIb	夜間を中心として上記IIIの状態が見られる。	ランクIIIaに同じ
IV	日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする。	ランクIIIに同じ
M	著しい精神症状や周辺症状あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする。	せん妄、妄想、興奮、自傷、他害など精神症状や精神症状に起因する問題行動が継続する状態など。

「認知症の日常生活自立度判定基準」の活用について（平成18年4月3日老発第0403003号）厚生省老人保健福祉局通知より引用

障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）

生活自立	ランク J	<p>何らかの障害等を有するが、日常生活はほぼ自立しており独力で外出する</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 交通機関等を利用して外出する 2. 隣近所へなら外出する
準寝たきり	ランク A	<p>室内での生活は概ね自立しているが、介助なしには外出していない</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 介助により外出し、日中はほとんどベッドから離れて生活する 2. 外出の頻度は少なく、日中も寝たり起きたりの生活をしている
寝たきり	ランク B	<p>室内での生活は何らかの介助を要し、日中もベッド上での生活が主体であるが、座位は保つ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 車椅子に移乗し、食事、排泄はベッドから離れて行う 2. 介助により車いすに移乗する
	ランク C	<p>1 日中ベッド上で過ごし、排泄、食事、着替において介助を要する</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 自力で寝返りをうつ 2. 自力では寝返りもうてない

*判定に当たっては補助具や自助具等の器具を使用した状態であっても差し支えない

「認知症の日常生活自立度判定基準」の活用について（平成18年4月3日老発第0403003号）厚生省老人保健福祉局通知より引用