

記入例

※この提供書は、医療と介護の各関係者が利用者の情報を共有することにより、多職種による包括ケアを円滑に実施できることを目的に作成しております。

医療・介護連携情報提供書 (H30.10~)

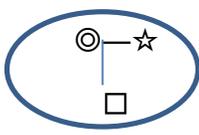
平成 30 年 10 月 1 日作成

■入院 □新規サービス利用 □その他( )

情報提供先	△△病院 西4階病棟 担当者 様
-------	---------------------

担当ケアマネジャー	
事業所名	可児居宅介護支援事業所
担当者名	
TEL	62-1111

1. 利用者本人の生活状況等

カナ 本人氏名	可児 太郎 様	性別	男	生年月日	昭和 10 年 1 月 1 日 ( 83 ) 歳
住 所	可児市広見一丁目1番地	住環境	問題無	電話番号	62-9999 090-1111-1111
被保険者番号	1400000001	介護度	要介護2	認定日	平成 30 年 3 月 1 日
有効期限	平成 30 年 2 月 5 日 ~ 平成 31 年 2 月 28 日まで				
負担割合	3 割	障害手帳	有	5 級 視覚	年金など種類 厚生年金 ( )
自宅での生活状況/経過	定年まで関市の鉄加工会社で技術職として勤務。 平成28年10月まで車の運転をしていたが、カーブを曲がりきれず車が横転する事故を単独で起こしたためやめた。買い物は自転車を利用して実施していたが、肺気腫で息切れあり。平成29年11月から腰痛出現し外出しなくなった。平成30年2月28日肺炎にて10日入院。平成30年9月31日40℃発熱し呼吸ができない状態になり救急車で緊急搬送される。 家族の介護力 家族が要介護者 (妻:要支援2)		サービス利用状況		自費ペット
介護状況	身の回りのことは自立しているが、全てに準備が必要。自分でできているという自負が強く、家族に介護されているという自覚が無い。 妻は失禁の後始末、夜間のせん妄状態への対応で高血圧、糖尿病のコントロールが悪化。一人息子が同居しているがほぼ家にはおらず、妻が一人で介護している。		<家族配置図>  ◎=本人、○=女性、□=男性 ☆=キーパーソン、(同居家族は○で囲む)		
カナ 連絡先氏名	可児 花子 様	続柄	妻		
住 所	同上				
電話番号	同上	携帯電話	080-1111-1111		

2. 医療の状況(かかりつけ欄には、病院名・主治医名・電話番号・ファックス・メールアドレス・対応可能時間等を記載)

病歴	昭和60年肺炎にて入院時肺気腫と診断。平成15年より在宅酸素利用。平成20年白内障にて左眼人工レンズ置換術。	かかりつけ医院	肺気腫: △△病院 呼吸器科 ××医師 白内障: ○○眼科 ○○医師
かかりつけ歯科医院	□□歯科医院 □□歯科医師	かかりつけ薬局	☆薬局

3. 身体 の 状況

※該当箇所をドロップダウンリストで選択し、必要事項を記入してください。

項 目	内 容
視 力	日常生活に 支障あり ( 30年前会社で鉄の板を切断している際に板がはねて当たり右失明、左0.7 )
聴 力	日常生活に 支障あり ( 補聴器必要だが雑音を嫌がり装着せず。大きな声で話しても聞こえていない時もある。 )
移 動	一部介助 ( 11月下旬から腰痛、下肢痛が悪化し、立ったり座ったりが困難に。 )
	移動支援用具 あり ( 外出時には1本杖使用。 )

3. 身体 の 状 況 の つづ き ※該当箇所をドロップダウンリストで選択し、必要事項を記入してください。

座位保持	一部介助	( 背もたれがないと座位保持は困難。 )				
立位保持	一部介助	( つかまり立ち、室内は伝い歩き。段差は這って移動することもある。 )				
食 事	一部介助	( 食事は胃が悪いためお粥等柔らかい食事を60代から続けている。制限食ナシ。 )				
	主食	全粥	( 振りかけ等必要 )	副食	普通	( 柔らかく煮る等手を加える必要あり )
胃 ろ う	あり	アレルギー	なし	( )		
排 泄	見守り	トイレ	パンツ式オムツ	( オムツ着用しているが尿失禁がひどく本人自覚がない。 )		
入 浴	一部介助	シャワーチェア	( もともと風呂は嫌いでシャワーのみ利用。 )			
意思疎通	問題あり	( 日中は問題ないが、夜間せん妄状態になり意思疎通困難。 )				
認 知	中度	II b	( 夜になると被害妄想強い。 )	BPSD	あり	( 物取られ妄想あるが朝は忘れてる。 )

4. 歯 と の 口 の 状 況 ※該当箇所をドロップダウンリストで選択し、必要事項を記入してください。

項 目	内 容	
口腔機能	そしゃく	問題なし ( 嚙まずに丸呑みする傾向あり。 )
	飲み込み	問題なし ( 水分をむせることがある。 ) <span style="border: 1px solid red;">水分とろみ なし</span>
	発音	問題あり ( ぼそぼそと小さな声で話し、吃音もあるため聞き取りにくいことがある。 )
口腔ケア	口腔清掃	一部介助 ( 準備をすると歯磨きは自分で可能。 )
	うがい	可能 ( ブクブクうがいは可だがガラガラうがいはむせることあり。 )
歯	義歯の有無	上下総義歯 ( ブクブクうがいは可だがガラガラうがいはむせることあり。 )
	奥歯のかみ合わせ	なし ( 食事の時も義歯利用しておらず人と会う時にだけ義歯を利用。 )

5. 服薬 の 状 況 ※該当箇所をドロップダウンリストで選択し、必要事項を記入してください。

項 目	内 容					
服薬管理	一部介助	介助者 ( 妻が薬をセットし、食後等に準備している。 )				
上記管理の下、処方箋どおりの服薬が	可能	飲み込み	錠剤	小さい物なら可	散剤	可
皮膚の状況	不調	症状 ( 尿失禁があるため陰部のただれがあるが介助されることを嫌がる。 )	<span style="border: 1px solid red;">褥瘡</span>	<span style="border: 1px solid red;">なし</span>		
塗り薬	一部介助	介助者 ( 妻がオムツ交換の際、本人の機嫌が良い時には介助可。 )				

6. 今後について

本人及び家族の今後の意向及び意見	本人:家で気ままに生活したい。 妻:自分の体調も悪く、介護は大変。少しでも外に出てもらえたら助かるのだが。。 長男:自営業で金銭的に不安定。母一人に介護を任せているのは心苦しいが仕方ない。 今後の意向:本人の望むようにできるだけ家で過ごせるようにしたいが、不安もある。
------------------	---

7. 伝達・特記事項 (※1～5についての詳細事項はこちらに記載)

伝達事項 (他職種に伝える事項)	・可児一郎氏(長男)連絡先090-0000-1111【自営業のため不定休。仕事中は電話に出ない。折り返しの電話はされないので、電話に出られるまで何度も電話が必要】 ・夜間0時～7時までの間に1～3回トイレに行くが、起き上がることに時間がかかるため失禁してしまう様子。 ・肺気腫により在宅酸素常時2リットルの指示があるが、日によって使用したり、しなかったり。最近足腰の具合が悪いので、気持ちが足腰の痛み集中しているのが酸素は使用しておらず。酸素使用していないが喘鳴も聞かれず、呼吸状態は普通。 ・妻要支援2でデイサービス利用希望されているが、家を留守にできないためサービス未利用。 ・土地を売却したため、介護保険自己負担割合が平成30年8月より3割となった。		
院内の多職種カンファレンス	希望あり	具体的な要望 (	住宅改修を考えているため理学療法士等 )
退院前カンファレンス	希望あり	具体的な要望 (	通所介護事業所の職員も同席希望 )

これらの情報は利用者様、ご家族様の承諾を得て作成・情報提供をしております。  
 この提供書の情報は、個人情報になりますので取扱い・保管には十分ご注意ください。