

医療と介護の連携サマリー (入院時情報)

情報提供事業所・担当者名

記載日 年 月 日

ふりがな	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日
氏名		年 月 日 ( 歳)

▼入院時情報

食事摂取	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 嚥下状況 <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良    咀嚼状況 <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良
	義歯 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( <input type="checkbox"/> 総義歯 <input type="checkbox"/> 部分 ) 食事形態 <input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> ゼリー食 <input type="checkbox"/> 経管栄養 食事の肢位 <input type="checkbox"/> ベット上 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> リクライニング車椅子 食事制限 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( <input type="checkbox"/> 制限量    kcal/日 )
	水分制限 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( 水分    ml/日    塩分    g/日    とろみ <input type="checkbox"/> うすい <input type="checkbox"/> 濃い )
	経管栄養 <input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 腸瘻 内容 <input type="checkbox"/> ml/日 ( 朝    ml - 昼    ml - 夕    ml - 眠前    ml ) 管のサイズ    Fr ( 最終交換日    月    日 )
	<input type="checkbox"/> 腔清潔 清潔状態 <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良    使用器具等 :
	屋内 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 手引き <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 歩行器 - カ <input type="checkbox"/> 車イス ( スタッド・リクライニング )
	屋外 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 手引き <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 歩行器 - カ <input type="checkbox"/> 車イス ( スタッド・リクライニング )
入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 行っていない <input type="checkbox"/> 一般浴 <input type="checkbox"/> 介助浴 <input type="checkbox"/> チェアー浴 <input type="checkbox"/> 特殊浴槽
排泄	尿意 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 時々あり <input type="checkbox"/> 無 便意 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 時々あり <input type="checkbox"/> 無
	日中 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> リハビリパンツ <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 尿器
	夜間 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> リハビリパンツ <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 尿器
	フォール <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (    Fr    交換日    /    )
	排便方法 <input type="checkbox"/> 自然 <input type="checkbox"/> 下剤 (    日目に内服 ) <input type="checkbox"/> 浣腸 (    日目に施行し、    回/週 ) <input type="checkbox"/> 摘便 (    日目に施行し、    回/週 )
	ストーマ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (    日目に交換 )
	パウチ交換 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守等 <input type="checkbox"/> 全介助    メーカー等 (    )
	夜間の状態 <input type="checkbox"/> 良眠 <input type="checkbox"/> 不眠 ( 眠剤 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有    薬品名    ) 特記事項 :
神経症状 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( <input type="checkbox"/> 麻痺 右・左 <input type="checkbox"/> 失語 <input type="checkbox"/> 視野欠損 <input type="checkbox"/> 高次機能障害 ) 認知症 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( <input type="checkbox"/> アルツハイマー型 <input type="checkbox"/> レビー小体型 <input type="checkbox"/> 前頭側頭型 <input type="checkbox"/> その他 ) 特記事項 :	
認知症高齢者日常生活自立度 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M 障害高齢者日常生活自立度 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2	
その他 ( 心身の状況や生活環境に関する特記事項など )	

※裏面 内服情報欄有り

**【内服情報】** お薬手帳のコピー添付可