

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 : |
| | 移動 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-加 <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-加 <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