

先進事例参考様式

- ・ 函館地域医療連携推進会議 共通様式
- ・ 名古屋市在宅医療・介護連携サマリー
- ・ 横須賀市退院前カンファレンスシート

様式1 地域医療連携推進カード

キリトリ線

このカードは医療保険証と一緒に保管してください。

地域医療連携推進カード

氏名 様 M・T・S 年 月 日生

担当している 支援事業 所等の情報	名称
	連絡先
	担当者
介護保険情報	
平成 年 月 日	要支援 1・2 (申請中)
平成 年 月 日	要介護 1・2・3・4・5
平成 年 月 日	要支援 1・2 (申請中)
平成 年 月 日	要介護 1・2・3・4・5
平成 年 月 日	要支援 1・2 (申請中)
平成 年 月 日	要介護 1・2・3・4・5
(□独居・単身 □高齢者世帯 □その他)	
備考	

※私は、地域医療連携を積極的に推進いたします。
 ※連携の必要性が生じた時は、速やかにご連絡をお願いします。
 函館地域医療連携推進会議

キリトリ線

このカードは医療保険証と一緒に保管してください。

地域医療連携推進カード

氏名 様 M・T・S 年 月 日生

担当している 支援事業 所等の情報	名称
	連絡先
	担当者
介護保険情報	
平成 年 月 日	要支援 1・2 (申請中)
平成 年 月 日	要介護 1・2・3・4・5
平成 年 月 日	要支援 1・2 (申請中)
平成 年 月 日	要介護 1・2・3・4・5
平成 年 月 日	要支援 1・2 (申請中)
平成 年 月 日	要介護 1・2・3・4・5
(□独居・単身 □高齢者世帯 □その他)	
備考	

※私は、地域医療連携を積極的に推進いたします。
 ※連携の必要性が生じた時は、速やかにご連絡をお願いします。
 函館地域医療連携推進会議

キリトリ線

このカードは医療保険証と一緒に保管してください。

地域医療連携推進カード

氏名 様 M・T・S 年 月 日生

担当している 支援事業 所等の情報	名称
	連絡先
	担当者
介護保険情報	
平成 年 月 日	要支援 1・2 (申請中)
平成 年 月 日	要介護 1・2・3・4・5
平成 年 月 日	要支援 1・2 (申請中)
平成 年 月 日	要介護 1・2・3・4・5
平成 年 月 日	要支援 1・2 (申請中)
平成 年 月 日	要介護 1・2・3・4・5
(□独居・単身 □高齢者世帯 □その他)	
備考	

※私は、地域医療連携を積極的に推進いたします。
 ※連携の必要性が生じた時は、速やかにご連絡をお願いします。
 函館地域医療連携推進会議

キリトリ線

このカードは医療保険証と一緒に保管してください。

地域医療連携推進カード

氏名 様 M・T・S 年 月 日生

担当している 支援事業 所等の情報	名称
	連絡先
	担当者
介護保険情報	
平成 年 月 日	要支援 1・2 (申請中)
平成 年 月 日	要介護 1・2・3・4・5
平成 年 月 日	要支援 1・2 (申請中)
平成 年 月 日	要介護 1・2・3・4・5
平成 年 月 日	要支援 1・2 (申請中)
平成 年 月 日	要介護 1・2・3・4・5
(□独居・単身 □高齢者世帯 □その他)	
備考	

※私は、地域医療連携を積極的に推進いたします。
 ※連携の必要性が生じた時は、速やかにご連絡をお願いします。
 函館地域医療連携推進会議

記入例

様式1 地域医療連携推進カード
(拡大図)

キリトリ線

キリトリ線

キリトリ線

このカードは医療保険証と一緒に保管してください。

地域医療連携推進カード

氏名 ○○ ○○ 様 M・T・**⑤** 7年 7月 7日生

担当している支援事業所等の情報	名称 居宅介護支援事業所 ○○○○
	連絡先 0138-××-1234
	担当者 ○○ ○○
介護保険情報	
平成 22 年 4 月 1 日	要支援 1 ・ 2 (申請中)
平成 23 年 3 月 31 日	要介護 1 ・ ② ・ 3 ・ 4 ・ 5
平成 年 月 日	要支援 1 ・ 2 (申請中)
平成 年 月 日	要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5
平成 年 月 日	要支援 1 ・ 2 (申請中)
平成 年 月 日	要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5
(<input type="checkbox"/> 独居・単身 <input type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input checked="" type="checkbox"/> その他)	
備考	

キリトリ線

※私は、地域医療連携を積極的に推進いたします。

※連携の必要性が生じた時は、速やかにご連絡をお願いします。

函館地域医療連携推進会議

診療情報提供書

平成 年 月 日

医療機関名

医師氏名 御侍史

いつも大変お世話になっております。

下記の患者様について情報提供を賜りますようお願い申し上げます。

指定居宅介護支援事業所

電話 FAX

介護支援専門員 拝

患者様氏名	様	性別	<input type="checkbox"/> 男 ・ <input type="checkbox"/> 女
電話番号		生年月日	<input type="checkbox"/> 明治年 <input type="checkbox"/> 大正月 <input type="checkbox"/> 昭和日生 (歳)
患者様住所			
情報提供及び照会の目的			

上記患者様については次のとおりです。

傷病名	生活機能低下の原因になっているもの		
	発症日：昭和・平成 年 月 日		
	発症日：昭和・平成 年 月 日		
その他の病名			
傷病の経過及び治療状況			
指示事項	禁忌及び注意事項	1.リハビリ：血圧 () 体温 (°C) 以上禁 2. 食事、水分量： _____ 3. 入浴：血圧 () 体温 (°C) 以上禁 4. その他、感染症等：	
	医療系サービス指回示	1. 通所リハビリテーション (1週間あたりの利用回数： _____ ~ _____ /週回程度) 2. 訪問リハビリテーション (1週間あたりの利用回数： _____ ~ _____ /週回程度) 3. 訪問看護サービス (1週間あたりの利用回数： _____ ~ _____ /週回程度) 4. 短期入所療養介護 (ひと月あたりの利用日数： _____ ~ _____ /月回程度) 5. その他 ()	

障害高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <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
認知症高齢者の日常生活自立度	<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"/> V

医療機関名

所在地

連絡先

医師氏名



※私は、地域医療連携を積極的に推進いたします。
 ※連携の必要性が生じた時は、速やかにご連絡をお願いします。
 函館地域医療連携推進会議

診療情報提供書

記入例

平成 年 月 日

医療機関名 ○○病院

医師氏名 ○○ ○○ 御侍史

いつも大変お世話になっております。

下記の患者様について情報提供を賜りますようお願い申し上げます。

指定居宅介護支援事業所 ○○○○

電話 ○○○-××× FAX ×××-○○○

介護支援専門員 ○○ ○○ 様

患者様氏名	○○ ○○ 様	性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男 ・ <input type="checkbox"/> 女
電話番号	0138-43-1111	生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 7年 7月 7日生 (78歳)
患者様住所	函館市富岡町1丁目1番1号		
情報提供及び照会の目的	このところ、身体状況（ADL）の低下が見られ転倒等も増えてきている状況にあり、通所リハビリの利用をお勧めしたところご利用を希望されています。そのため、利用に関してのご指示を頂きたく照会させていただきます。		

上記患者様については次のとおりです。

傷病名	生活機能低下の原因になっているもの		
	発症日：昭和・平成 年 月 日		
	発症日：昭和・平成 年 月 日		
その他の病名			
傷病の経過及び治療状況			
指示事項	禁忌及び注意事項	1.リハビリ：血圧（ ） 体温（ °C）以上禁 2.食 事、水分量： _____ 3.入 浴：血圧（ ） 体温（ °C）以上禁 4.その他、感染症等：	
	医療系サービス利用回数指示	1.通所リハビリテーション（1週間あたりの利用回数： _____ ～ _____ /週回程度） 2.訪問リハビリテーション（1週間あたりの利用回数： _____ ～ _____ /週回程度） 3.訪問看護サービス（1週間あたりの利用回数： _____ ～ _____ /週回程度） 4.短期入所療養介護（ひと月あたりの利用日数： _____ ～ _____ /月回程度） 5.その他（ _____ ）	

障害高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <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
認知症高齢者の日常生活自立度	<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"/> V

医療機関名

所在地

連絡先

医師氏名

※私は、地域医療連携を積極的に推進いたします。
 ※連携の必要性が生じた時は、速やかにご連絡をお願いします。
 函館地域医療連携推進会議



退院・退所情報提供書

（面談日）平成 年 月 日

情報提供元の医療機関・施設名

所 属

電 話 番 号

フリガナ 利用者氏名	(男・女)				
生年月日	(明・大・昭)	年	月	日	(歳)
入院期間	入院日	平成	年	月	日 ~ 退院(予定)日 平成 年 月 日

	入院・入所中の状況	(特記事項)
疾患の状態	主病名 主症状 既往歴 服薬状況	(感染症等)
食事		
口腔ケア		
移動		(独自の方法・転倒危険)
入浴		
排泄		(留置カテーテル等)
夜間の状態	(良眠) (状態:	
療養上の留意事項及び必要な介護サービスなど		

※私は、地域医療連携を積極的に推進いたします。
 ※連携の必要性が生じた時は、速やかにご連絡をお願いします。

退院・退所情報提供書

記入

(面談日) 平成 22 年 月 日

情報提供元の医療機関・施設名 〇〇病院
 所 属 医療連携室
 電 話 番 号 -

フリガナ	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
利用者氏名	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> (男 <input checked="" type="radio"/> 女)
生年月日	(明・大 <input checked="" type="radio"/> 昭) 15 年 月 日 (70 歳)
入院期間	入院日 平成 22 年 10 月 10 日 ~ 退院(予定)日 平成 22 年 11 月 15 日

	入院・入所中の状況	(特記事項)
疾患の状態	主病名 アルツハイマー型認知症、脱水 主症状 せん妄、発熱 既往歴 服薬状況(一部介助) 食事ごとに本人に渡している。	(感染症等) 脱水は点滴によって改善し、せん妄や発熱の症状もなくなっている。再度脱水を起こさないように水分摂取量に注意が必要。軽度の認知症があり、入院中も見守りや声かけを要することが多かった。
食事	(自立) (普通)	脱水で入院している。先生より水分は1500mlは摂取するように本人に話している。
口腔ケア	(一部介助)	洗面所まで誘導し、必要な物品を手渡す。動作の声かけをすると自力で行うことができる
移動	(見守り) (杖) 多少ふらつき見られるが、杖を使用し歩行できる。	(独自の方法・転倒危険) 病院では点滴のため臥床期間も長かったため、転倒しないように見守りしている。先生は動くようになれば歩行は良くなると話している。
入浴	(一部介助) 背部洗身に介助、移動の介助している。	一般浴での入浴は可能だが、歩行にふらつきがあるため浴槽の出入りや浴室内の移動は介助する
排泄	(見守り) (トイレ夜間のみ) トイレまで誘導が必要	(留置カテーテル等) 排泄後、しっかり拭き取りできているか確認が必要
夜間の状態	(良眠) (状態: 夜に数回トイレに起きるがすぐに眠る)	21時頃に消灯で、22時の巡回時には眠っている。朝は6時頃に起床する
療養上の留意事項及び必要な介護サービスなど	<ul style="list-style-type: none"> 十分に水分を摂れるように、時間を決めて水分補給するように(1500ml/日) 歩行時のふらつきがあるため、リハビリを行った方が良い(通所系サービスの利用) 	

※私は、地域医療連携を積極的に推進いたします。

※連携の必要性が生じた時は、速やかにご連絡をお願いします。

函館地域医療連携推進会議

在宅情報提供書

記載日

TEL (0138) -
FAX (0138) -

記載者

【基本情報】

フリガナ		性別		生年月日		歳	
氏名	様	男					
住所	〒 -			電話			
家族構成 □=男性 ○=女性 ◎=本人 KP=キーパーソン [] = 同居枠	緊急時連絡先	1	氏名	住所	続柄	TEL	
						携帯	
		2	氏名	住所	続柄	TEL	携帯
		3	氏名	住所	続柄	TEL	携帯
かかりつけ医療機関				医師名	先生		
年月日	医療機関・医師名	病名	症状等				
			<input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 経観中 <input type="checkbox"/> その他				
			<input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 経観中 <input type="checkbox"/> その他				
			<input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 経観中 <input type="checkbox"/> その他				

【保険情報等】

介護保険	()	被保険者番号	0	0	0	0	1	保険者名	函館市
年金の種類	()								
障害等認定	(<input type="checkbox"/> 身障 <input type="checkbox"/> 精神 <input type="checkbox"/> 療育 <input type="checkbox"/> 難病 (種 級)								
	障害名 :								

【在宅サービスの利用状況】

介護保険サービス利用の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
サービス内容	

【心身・ADLの状況】

障害高齢者の日常生活自立度		身長	cm	/	体重	kg
認知症高齢者の日常生活自立度		周辺症状	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()			
視力状態	日常生活に支障	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()				
聴力状態	日常生活に支障	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()				
意思の伝達	日常生活に支障	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()				
1	寝返り	()	6	食事	()	
2	起き上がり	()	7	更衣	()	
3	立ち上がり	()	8	排泄	()	
4	座位	()	9	入浴	()	
5	歩行	()	10	その他	()	
便秘	3日以上の便秘の有無 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()					
尿失禁	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	便失禁	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	頻度	便 1 / 日	尿 7 / 日
口腔衛生	問題の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()			歯磨き	()
嚥下障害	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()					
食事形態	<input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 粥 <input type="checkbox"/> きざみ食 <input type="checkbox"/> 経管 () <input type="checkbox"/> その他 ()					
食事制限	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()					
栄養状態	問題の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 体重減少 <input type="checkbox"/> 栄養不良 <input type="checkbox"/> 栄養過多)				
特記事項						

【家屋状況】(※わかっている範囲で結構です)

住居	自宅・借家 / 戸建・集合住宅 / 専用居室 無・有 (階)					
住宅改修の必要性の有無	無 (改修済・未改修) / 有 ()					
	<input type="checkbox"/> トイレ <input checked="" type="checkbox"/> 浴室 <input type="checkbox"/> 自室 <input type="checkbox"/> 玄関 <input type="checkbox"/> 屋外 <input type="checkbox"/> その他 ()					
危険箇所	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()					
整理整頓の状況	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良 ()					
トイレ	<input type="checkbox"/> 洋式 <input type="checkbox"/> 和式 / 手すり <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		浴室	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 / 手すり 無 有		
就寝状況	<input type="checkbox"/> 固定ベッド <input type="checkbox"/> 手動ギャッチ <input type="checkbox"/> 電動 <input type="checkbox"/> 布団 <input type="checkbox"/> その他 ()					
特記事項						

在宅情報提供書

記載日 平成22年7月1日

函館市港町99丁目99番99号
指定介護予防支援事業所
函館市地域包括支援センター ○○ ○○
TEL (0138) 99 - 9999
FAX (0138) 99 - 9999

記載者 ○○ ○○

【基本情報】

フリガナ	○○ ○○	性別		生年月日	昭和7年7月7日	83 歳
氏名	○○ ○○ 様	男				
住所	〒 041 - 0801 函館市富岡町1丁目1番1号	電話			0138-43-	
家族構成	<p>□=男性 ○=女性 ◎=本人 KP=キーパーソン [] = 同居枠</p> <p>緊急時連絡先</p>	1 氏名 ○○ ○○ 住所 函館市富岡町99-99-99	続柄 長男 TEL 46- 携帯 999-9999-9999			
		2 氏名 ○○ ○○ 住所 函館市富岡町99-99-99	続柄 長女 TEL 46- 携帯 999-9999-9999			
		3 氏名 ○○ ○○ 住所 函館市富岡町99-99-99	続柄 弟 TEL 46- 携帯 999-9999-9999			
かかりつけ医療機関	○○診療所	医師名		○○	先生	
年月日	医療機関・医師名	病名	症状等			
平成22年12月12日	○○診療所	脳梗塞	<input checked="" type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 経観中 <input type="checkbox"/> その他	点滴中		
平成22年12月13日	○○診療所	心筋梗塞	<input checked="" type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 経観中 <input type="checkbox"/> その他	投薬中		
平成22年12月14日	○○診療所	高血圧	<input checked="" type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 経観中 <input type="checkbox"/> その他	観察中		

【保険情報等】

介護保険	要支援2 (~H22.5.31)	被保険者番号	0 0 0 0 9 9 9 9 9 9	保険者名	函館市
年金の種類	国民年金 (約6万/2ヵ月)				
障害等認定	有 (<input type="checkbox"/> 身障 <input type="checkbox"/> 精神 <input type="checkbox"/> 療育 <input checked="" type="checkbox"/> 難病 (2 種 4 級)				
	障害名 : 人工肛門				

【在宅サービスの利用状況】

介護保険サービス利用の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有
サービス内容	デイサービス週に2回利用(月・木) 配食サービス週に2回(水・土曜日の夕食)、緊急通報システム設置

〇〇 〇〇 様

記載日 平成22年7月1日

【心身・ADLの状況】

障害高齢者の日常生活自立度	B1	身長		cm	/	体重	kg
認知症高齢者の日常生活自立度	I	周辺症状	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有	(徘徊)			
視力状態	日常生活に支障	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有	(全盲)				
聴力状態	日常生活に支障	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有	(高度難聴)				
意思の伝達	日常生活に支障	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有	(構音障害)				
1	寝 返 り	見守り (柵あれば)	6	食 事	見守り (全盲のため)		
2	起き上がり	見守り (柵あれば)	7	更 衣	見守り (麻痺側のため)		
3	立ち上がり	見守り (手すりあれば)	8	排 泄	見守り (オムツ)		
4	座 位	見守り (要支え)	9	入 浴	(シャワーのみ)		
5	歩 行	見守り (車椅子)	10	そ の 他	(特に無し)		
便秘	3日以上便秘の有無		<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有	(下剤使用している)			
尿失禁	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有	便失禁	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有	頻度	便 1 / 日	尿	7 / 日
口腔衛生	問題の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有	(食塊の残多い)		歯磨き	自立 (うがいのみ可)	
嚥下障害	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有	(むせこみ有)					
食事形態	<input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 粥 <input checked="" type="checkbox"/> きざみ食 <input type="checkbox"/> 経管 () <input type="checkbox"/> その他 ()						
食事制限	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有	(減塩食)					
栄養状態	問題の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有	(<input type="checkbox"/> 体重減少 <input checked="" type="checkbox"/> 栄養不良 <input type="checkbox"/> 栄養過多)				
特記事項							

【家屋状況】(※わかっている範囲で結構です)

住 居	<input checked="" type="checkbox"/> 自宅・ <input checked="" type="checkbox"/> 借家 / 戸建・集合住宅 / 専用居室 無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 (1 階)						
住宅改修の必要性の有無	無 (<input checked="" type="checkbox"/> 改修済・未改修) / 有 ()						
	<input type="checkbox"/> トイレ <input checked="" type="checkbox"/> 浴室 <input type="checkbox"/> 自室 <input type="checkbox"/> 玄関 <input type="checkbox"/> 屋外 <input type="checkbox"/> その他 ()						
危険箇所	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有	(浴室入り口 段差有)					
整理整頓の状況	<input type="checkbox"/> 良 <input checked="" type="checkbox"/> 不良	(自力では行えない為、煩雑になっている。)					
トイレ	<input type="checkbox"/> 洋式 <input checked="" type="checkbox"/> 和式 / 手すり <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有		浴室	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 / 手すり 無 有			
就寝状況	<input type="checkbox"/> 固定ベッド <input type="checkbox"/> 手動ギャッチ <input type="checkbox"/> 電動 <input checked="" type="checkbox"/> 布団 <input checked="" type="checkbox"/> その他 (板の間)						
特記事項							

名古屋市における
在宅医療・介護連携ガイドライン

平成27年3月

名古屋市在宅医療・介護連携サマリー

【介護支援専門員 → 医療機関】

(1)入院先の医療機関等名称 様		当該利用者についての情報の提供及び取得は、下記同意者の同意の上行っています。 同意者氏名		(2)発行日(面談日)	平成 年 月 日
				(3)入院日(退院日)	平成 年 月 日
(4)利用者氏名 (ふりがな)	(5)生年・性別等 明治 年 月 日 大正 年 月 日 昭和 年 月 日 男 女 (満 歳)	(6)生活保護 無し 有り	(7)障害等認定 無し 有り 身障()級 療育 精神() 特定疾患()		
(8)要介護度	認定有効期間 ~ 年 月 日 ~ 年 月 日	(9)障害高齢者日常生活自立度(寝たきり度)	(10)認知症高齢者日常生活自立度		
(0)医療保険種類 社会保険 国民健康保険 後期高齢者 その他()	(0)公費の有無 有り 無し()				
(12)同居家族 無し 配偶者 兄弟姉妹 その他 子 子の配偶者 ()	(13)住居 戸建(階) アパート マンション(階) 施設() (エレベータ: 有り 無し)				
(14)主介護者 続柄 同居 別居 電話	就労状況	健康状態			
(15)キーパーソン 続柄 同居 別居 電話	(16)緊急連絡先				

(17)かかりつけ情報等(医師・歯科医師・訪問看護ステーション・薬局等)

主病名	医療機関等名称	診療科名等	受診状況等	電話番号	特記事項(既往歴等)
1					
2					
3					

身体・生活機能等

		(18)評価日	平成 年 月 日	入院時 入院中 退院時 地域生活期 その他()
(19)麻痺の状況 無し 軽度 中度 重度	麻痺の部位 左上肢 右上肢 その他 左下肢 右下肢 ()	(50)具体的内容		
(20)褥瘡の有無 無し 有り(部位:)	(21)皮膚疾患 無し 有り()			
(22)視力 新聞等の字が見える ほとんど見えない 目の前の物が見える 判断不能	(23)眼鏡 無し 有り			
(24)聴力 日常生活に支障なし ほとんど聞こえない 大声なら何とか聞こえる 判断不能	(25)補聴器 無し 有り			
(26)意思の伝達 可 時々可 ほとんど不可 不可	(27)失語症 無し 有り 不明			
(28)認知症症状 無し 記憶障害 幻覚・妄想 昼夜逆転 介護への抵抗 徘徊 その他() 暴言・暴力 不潔行為	(29)睡眠の状態 良眠 睡眠障害()	(30)眠剤 無し 時々 毎晩		
(31)起居動作 起き上がれる 介助が必要 立ち上がれる 介助が必要 寝たきり	(32)移動 自立 介助 杖無し 杖 歩行器 車椅子			
(34)食形態 普通 刻み 嚥下障害食 ミキサー	(35)水分トロミ 無し 有り			
(36)食動作 自立 見守り 一部介助 全介助	(37)食事制限 無し 有り			
(40)口腔ケア 自立 見守り 一部介助 全介助	(39)義歯使用 良 不良 不使用 義歯不要			
(42)排尿介助 自立 見守り 一部介助 全介助	(45)PTイレ使用 無し 夜間 常時			
(44)排便介助 自立 見守り 一部介助 全介助	(46)オムツ使用 無し 夜間 常時			
(47)衣服の着脱 自立 見守り 一部介助 全介助	(48)服薬管理 自立 一部介助 見守り 全介助			
(48)特別な医療 1.自動腹膜炎装置 2.透析液供給装置 3.酸素療法(/min) 4.吸引器 5.中心静脈栄養 6.輸液ポンプ 7.経管栄養(経鼻 経胃:チューブサイズ 日に1回交換) 8.留置カテーテル(サイズ 日に1回交換) 8-1.間欠導尿 11.ドレーン(部位) 9.人工呼吸器(陽圧式 陰圧式:設定) 10.気管カニューレ(サイズ) 12.人工肛門 13.人工膀胱 14.その他()				
(51)介護上、特に注意すべき点等		(52)介護・看取りに関する本人・家族の意向等		

(53)本サマリーの記入者

所属	担当	住所
電話	FAX	Eメール
		(54)ケアプラン 済 未

※ケアプランの第3表(週間サービス計画表)を添付してください。

名古屋市在宅医療・介護連携サマリー使用上の留意点

1 名古屋市在宅医療・介護連携サマリ－の使用方法（入院時）

本サマリーは、居宅介護支援事業所等の担当介護支援専門員が、記入対象者である介護サービス利用者本人または家族の同意を得たうえで、利用者の身体機能等の情報について記入し、入院先の医療機関に送付するものです。

2 名古屋市在宅医療・介護連携サマリ－の使用方法（退院・退所時）

本サマリーは、居宅介護支援事業所等の担当介護支援専門員が、利用者の退院・退所の際、入院先の医療機関または入所先の施設の職員と面談し提供された利用者情報を記入しておき、居宅サービス計画の作成等に活用するためのものです。

3 個人情報の取り扱いについて

本サマリーには、利用者等の身体機能等、数多くの個人情報が含まれておりますので、取り扱いには最大限の注意を払ってください。

本サマリ－の記入及び送付に当たっては、必ず利用者（患者）または家族の同意を得てください。また、情報の取得についても、必ず利用者（患者）または家族の同意を得てください。

特に、本サマリーをFAX等で医療機関に送付する際は、一旦、利用者及び主介護者等の氏名の欄を空欄にして医療機関に送付した後、医療機関に電話連絡し、医療機関のほうで氏名を記入してもらう等の配慮に努めることが望ましいでしょう。

また、本サマリーは、利用者（患者）及び家族等が見ることを前提に作成してください。そのため、記入する内容

4 名古屋市在宅医療・介護連携サマリ－の記入頻度等について

利用者の入院時に迅速に対応できるという点から、概ね半年に一度、利用者の在宅安定時の状況を本サマリーに記入し、保管しておくことが望ましいでしょう。

また、月一回のモニタリングの際、本サマリーをモニタリングシートとして使用することもできます。

ただし、利用者の身体機能等に変化があった場合には、その都度、本サマリーに直近の情報を記入してください。

なお、認定調査結果や主治医意見書等を参考に本サマリーを記入する場合には、認定調査結果や主治医意見書等に記載されている利用者の身体機能等の情報と、直近の情報が異なる場合には、直近の情報を優先して記入してください。

5 家族等との連絡体制

利用者（患者）が入院した際、居宅介護支援事業所等の担当介護支援専門員に対し、家族等から即時その旨の連絡がなされるよう連絡体制を整備しておくことが望ましいでしょう。

また、利用者（患者）及び家族等には、日頃から本サマリ－の趣旨を説明し、利用者（患者）が入院した際には医療機関に対し情報提供を行うことや医療機関等から情報収集を行うことについて同意を得ておくことが望ましいでしょう。

6 入院先の医療機関への送付について

利用者（患者）が入院した際、利用者（患者）が入院してから7日以内を目安に本サマリーを医療機関に持参または郵送、FAX等により送付してください。

また、サマリーを送付した際は、居宅介護支援経過に、入院日、送付日及び送付先の医療機関等名称を必ず記録してください。

（記入例）

「平成27年4月1日△△病院に入院。平成27年4月2日△△病院に名古屋市在宅医療・介護連携サマリーを送付し情報提供した」

なお、サマリーを送付する際の手段（郵送、FAX等）や、医療機関がサマリーを受領したか否かを確認する際の手段（電話、FAX等）については、あらかじめ医療機関へ確認しておくことが望ましいでしょう。

7 名古屋市在宅医療・介護連携サマリ－の取り扱い留意事項

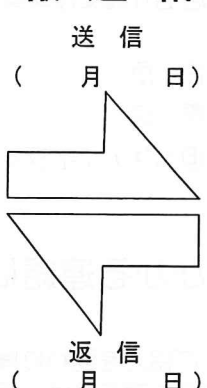
医療情報については、主治医の医療機関等に直接確認したり、診療情報提供書等で確認したりして内容の確認をすようにしてください。

情報連絡票

医療機関 介護サービス
 介護支援事業 その他 ()

送信 (月 日)

事業所名 _____
 事業所番号 _____
 担当者名 _____
 TEL _____
 FAX _____
 E-Mail _____



医療機関 介護サービス
 介護支援事業 その他 ()

返信 (月 日)

事業所名 _____
 事業所番号 _____
 担当者名 _____
 TEL _____
 FAX _____
 E-Mail _____

*別添資料 (本誌含まず) _____ 枚 返信期日: ____月 ____日迄 *別添資料 (本誌含まず) _____ 枚

(フリガナ)
 氏名 _____ 介護保険証番号 _____
 性別 () TEL _____

1. 変更 ケアプラン変更 要介護状態区分 ケア内容 サービスコード
 日時 回数 単位数 その他 ()

2. 廃止 サービス停止 → 体調不良 ショートステイ 入院 その他 ()
 ____月 ____日 未定 ~ ____月 ____日 未定 まで 未定
 サービス廃止 → 死亡 転居 入所 その他 ()

3. その他照会事項
 問題点要約及び希望対応 (案) 等について
 居宅サービス計画 (個別援助計画) の作成 (変更の必要性) についての照会事項
 その他 ()

4. 返信欄

平成 年 月 日

医療機関名

居宅介護支援事業所名

主治医

様

住 所

電 話

F A X

担当ケアマネジャー

居宅サービス計画の作成にかかる連絡について（主治医連絡票）

平素は、円滑な介護保険の推進にご理解とご協力を賜わり厚くお礼申し上げます。

この度、先生が担当されている下記の方から依頼を受け、居宅サービス計画（ケアプラン）を作成し、居宅介護支援（ケアマネジメント）を受け持つことになりました。

つきましては、居宅サービス計画作成依頼者（利用者）の状況をお知らせいたしますので、ご指導を賜わりますようお願い申し上げます。

なお、ご返信は、ご多忙中お手数をおかけいたしますが、FAXまたは郵送にてお願いいたします。

【ケアマネジャー記入欄】

居宅サービス計画作成事由：新規・更新・区分変更・事業所変更・その他（ ）		
利用者氏名		
利用者住所		
認定期間	平成 年 月 日 ～ 平成 年 月 日	
要介護度	要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5	従前（ ）
介護認定審査会の意見		
添付ケアプラン	あり（第1表・第2表・週間計画表・利用票・別表）計__枚 ・ なし	
備 考		

【主治医記入欄】

主治医意見・要望	1 計画通り 2 意見・要望あり 3 説明希望（面接・電話・ ）
居宅療養管理指導	あり（Ⅰ・Ⅱ） ・ なし

上記居宅サービス計画作成依頼者（利用者）の状況について確認しました。

平成 年 月 日

主治医氏名

在宅療養連携推進

よこすかエキネット集



発行 横須賀市

企画 横須賀市在宅療養連携会議

様 退院前カンファレンス

病院

病棟

年

月

日

司会：ケアマネジャー/MSW/退院調整 Ns など適宜

☆自己紹介 2分(時間は目安です)

1. 現在までの経過と治療(病棟主治医または看護師が説明。記載する必要はない) 3分

2. 入院中の ADL とケア

(看護師が説明。記載する必要はない) 5分

① 移動と移乗、入院中のリハビリテーション

② 食事の内容と食事介助の方法

③ 排泄

④ 寝具と体位交換、皮膚トラブルの有無

⑤ 入院中の入浴・保清の方法と頻度

⑥ 睡眠・更衣・口腔ケア・その他

⑦ 認知機能・精神面

⑧ 行なっている医療処置

□ 必要な医療器具・福祉機器はあるか。
また、使い方は習得できているか

□ 自宅に帰ってから使用する消耗品など
はあるか

⑨ 介護指導の内容と計画

□ 介護方法・介助方法は習得できているか

⑩ 定時薬と頓用薬

□ 必要な定時薬・頓用薬は処方されたか

3. 本人・家族の希望と心配 3分

4. 質疑 5分

5. ケアプランの説明(ケアマネジャー) 5分

6. ケアの調整 5分

退院日

□ 退院後に利用する医療・介護の事業所
は退院日を知っているか

退院後の日程

緊急連絡先や方法

□ 患者や家族は体調が変わった時の緊急
連絡先を知っているか

□ 診療情報提供書と看護サマリーを用意
したか

7. まとめ 2分

横須賀市退院前カンファレンスシートの活用について

- このシートは、患者様が病院から退院して、スムーズな在宅療養生活をスタートさせることができるように、次の二つの視点から作成した多職種連携ツールです。
 - ①病院スタッフから在宅療養支援スタッフへ必要な情報が漏れなく提供される。
 - ②在宅療養支援スタッフが情報を共有することができる。
- このシートは、平成 25 年 11 月に病院で試行いただき、その後、病院スタッフや多職種の皆さんから寄せられた意見をもとに改訂しました。
- 退院前カンファレンスでこのシートをご利用いただくと次のような効果が期待できます。
 - ①在宅療養支援スタッフは、在宅療養スタートにあたり、必要な情報を忘れずに病院から聴いてくることができる。(聴き忘れ、確認漏れが減る。)
 - ②多職種が、この同じシートをもっていると、カンファレンスがスムーズに進む。
 - ③病院スタッフは、在宅療養支援スタッフに伝える内容の準備ができる。
 - ④未経験スタッフも、このシート活用でカンファレンスをイメージできる。

病院スタッフのみなさまへ

- このカンファレンスシートは、在宅療養支援スタッフが知りたい情報をまとめたものです。決して、このシートに書き込んでいただくものではありません。このシートの記載項目に沿って、情報提供をしてください。
- また、カンファレンスができない場合には、記載項目のうち、**□この記号を付した項目(2-⑧⑨⑩、6の一部)**について、**確認した上で退院させてください**。そうしていただくと、在宅療養支援スタッフが助かります。

在宅療養支援スタッフのみなさまへ

- 退院前カンファレンスに参加される場合に、このカンファレンスシートをご活用ください。必ず使わなければならないシートではありません。活用は自由です。
- これは、みなさんが病院から入手する情報に漏れないようにするためのチェックシートです。決して、記入したものが病院から配布されるわけではありません。
- 横須賀市ホームページからダウンロードできますので、不足項目の付け足し、不要項目の削除など、自由に改変の上お使いいただいてもかまいません。
横須賀市ホームページのトップページから カンファレンスシート で検索してください。

このカンファレンスシートが関係職種のみなさまの連携のために少しでもお役に立つことを願っています。

企画・作成 横須賀市在宅療養連携会議

事務担当 横須賀市健康部地域医療推進課

〒238-0046 横須賀市西逸見町 1-38-11 ウェルシティ市民プラザ 3 F

TEL 046-822-4332 FAX 046-822-4363

E-mail iryouseisaku@city.yokosuka.kanagawa.jp

退院前カンファレンスシートダウンロード

https://www.city.yokosuka.kanagawa.jp/3120/zaitaku/conference_sheet.html



[ホーム](#) > [健康・福祉・教育](#) > [健康・医療](#) > [地域医療](#) > 横須賀市退院前カンファレンスシートについて

更新日：2015年4月20日

横須賀市退院前カンファレンスシートについて

横須賀市は、住み慣れた我が家で療養したいという方が、在宅での療養・さらには看取りという選択ができるように地域医療の体制づくりを進めています。そのために、在宅療養を支える医療と介護のさまざまな職種のスタッフが連携しやすい環境を整えることは、とても大切です。また、治療を終えて、病院から自宅へ退院する際に、病院スタッフから在宅療養を支えるスタッフに適切な情報が伝わることも大切です。そこで、退院して在宅療養をスタートする前に、病院内で行われる会議（退院前カンファレンス）で活用するための標準的な横須賀版カンファレンスシートを作成しました。病院での退院前カンファレンスに参加される病院スタッフ、在宅療養支援スタッフのみなさまにダウンロードの上、自由に活用いただければ幸いです。

退院前カンファレンスシート

退院前カンファレンスシート等はこちらからダウンロードしてください。

- [シート\(PDF:161KB\)](#)
- [シート\(改変活用可\)\(ワード:39KB\)](#)
- [シート裏面「カンファレンスシートの活用について」\(PDF:164KB\)](#)

※シート裏面は、必要な場合のみご利用ください。

このカンファレンスシートは横須賀市在宅療養連携会議が作成しました

- 横須賀市在宅療養連携会議は、医療関係者・介護関係者・市職員を構成員として、市民の在宅療養・在宅看取りを支援するために多職種連携をすすめ、課題解決について検討する会議です。
- この会議には、3つの専門部会がありますが、このうち多職種連携の課題解決に取り組んでいる「連携手法検討専門部会」が、病院退院後に在宅療養へスムーズに移行できるように、また多職種が情報共有しやすいように、この市内共通の退院前カンファレンスシートを作成しました。

医療関係者・介護関係者のみなさまへ

カンファレンスシートの活用について

- このシートは、患者様が病院から退院して、スムーズな在宅療養生活をスタートさせることができるように、次の二つの視点から作成した多職種連携ツールです。
 1. 病院スタッフから在宅療養支援スタッフへ必要な情報が漏れなく提供される。
 2. 在宅療養支援スタッフが情報を共有することができる。
- 退院前カンファレンスでこのシートをご利用いただくと次のような効果が期待できます。
 1. 在宅療養支援スタッフは、在宅療養スタートにあたり、必要な情報を忘れずに病院から聴いてくることできる。(聴き忘れ、確認漏れが減る。)
 2. 多職種が、この同じシートをもっていると、カンファレンスがスムーズに進む。
 3. 病院スタッフは、在宅療養支援スタッフに伝える内容の準備ができる。
 4. 未経験スタッフも、このシート活用でカンファレンスをイメージできる。

病院スタッフのみなさまへ

- このカンファレンスシートは、在宅療養支援スタッフが知りたい情報をまとめたものです。決して、このシートに書き込んでいただくものではありません。このシートの記載項目に沿って、情報提供をしてください。
- また、カンファレンスができない場合には、記載項目のうち、□この記号を付した項目(2-8,9,10と6の一部)について、確認した上で退院させてください。そうしていただくと、在宅療養支援スタッフが助かります。

在宅療養支援スタッフのみなさまへ

- 退院前カンファレンスに参加される場合に、このカンファレンスシートをご活用ください。必ず使わなければならないシートではありません。活用は自由です。
- これは、みなさんが病院から入手する情報に漏れがないようにするためのチェックシートです。決して、記入したものが病院から配布されるわけではありません。