

はこだて医療・介護連携サマリー【基本ツール】

資料 6

情報提供先 施設名称	御中	情報提供先 担当者名	様
---------------	----	---------------	---

● 基本情報等

(フリガナ) 氏名	生年・性別等 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 (満 歳)	生活保護 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	障害等認定 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	身障(級) <input type="checkbox"/> 療育 <input type="checkbox"/> 精神(級) 特定疾患()
現住所	電話番号			
居住 <input type="checkbox"/> 戸建(階) <input type="checkbox"/> アパート(階) <input type="checkbox"/> マンション(階) <input type="checkbox"/> 施設() ※エレベータ <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	医療保険種類 <input type="checkbox"/> 健康保険 <input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 後期高齢者 <input type="checkbox"/> その他 ()			
要介護度	認定有効期間 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日	障害高齢者日常生活自立度(寝たきり度)	認知症高齢者日常生活自立度	
同居家族	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 子の配偶者 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> その他()			
主介護者	続柄	同居 <input type="checkbox"/> 別居 <input type="checkbox"/>	電話	就労状況 <input type="checkbox"/> 健康状態
キーパーソン	続柄	同居 <input type="checkbox"/> 別居 <input type="checkbox"/>	電話	緊急連絡先

● 医療情報等

*歯科医師等が摂食や口腔ケアに介入されている場合は、応用ツール④を作成下さい。

主病名	医療機関等名称	診療科名等	担当医	受診状況等	*特記
					<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>

*特記の付く場合は応用ツール⑩を作成して下さい。

● 身体・生活機能等

評価日	平成 年 月 日	入院時 <input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 退院時 <input type="checkbox"/>
		地域生活期 <input type="checkbox"/> その他()

起居動作	<input type="checkbox"/> 起き上がる <input type="checkbox"/> 立ち上がる <input type="checkbox"/> 寝たきり <input type="checkbox"/> 介助が必要 <input type="checkbox"/> 介助が必要	移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 杖無し <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 車いす
麻痺の状況	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度	麻痺の部位	<input type="checkbox"/> 左上肢 <input type="checkbox"/> 右上肢 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 左下肢 <input type="checkbox"/> 右下肢 ()
視力	<input type="checkbox"/> 新聞等の字が見える <input type="checkbox"/> 目の前の物が見える <input type="checkbox"/> ほとんど見えない <input type="checkbox"/> 判断不能	眼鏡	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
聴力	<input type="checkbox"/> 日常生活に支障なし <input type="checkbox"/> 大声ならなんとか聞える <input type="checkbox"/> ほとんど聞えない <input type="checkbox"/> 判断不能	補聴器	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
意思の伝達	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 時々可 <input type="checkbox"/> ほとんど不可 <input type="checkbox"/> 不可	失語症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 不明
*認知症症状	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 記憶障害 <input type="checkbox"/> 幻覚・妄想 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 抑うつ・不安 <input type="checkbox"/> 暴言・暴力 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> その他 ()		
食事摂取	*食形態 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> 嚥下障害食 <input type="checkbox"/> ミキサー *食動作 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	水分ロミ	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
口腔	*口腔ケア <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	食事・水分制限	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
排泄	排尿介助 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	義歯使用	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 要アセスメント
	排便介助 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	トイレ使用	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 夜間 <input type="checkbox"/> 常時
衣服の着脱	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	オムツ使用	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 夜間 <input type="checkbox"/> 常時
入浴(保清等)	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	*服薬管理	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助

*特別な医療等

<input type="checkbox"/> 褥瘡 (応用ツール② 作成)	<input type="checkbox"/> 留置カテーテル (応用ツール⑩ 作成)
<input type="checkbox"/> 皮膚疾患 (応用ツール⑩ 作成)	<input type="checkbox"/> 自己導尿 (応用ツール⑪ 作成)
<input type="checkbox"/> 認知症 (応用ツール③ 作成)	<input type="checkbox"/> 腎臓・尿管皮膚瘻 (応用ツール⑫ 作成)
<input type="checkbox"/> 食事摂取困難 (応用ツール④ 作成)	<input type="checkbox"/> ドレーン (部位:)
<input type="checkbox"/> 自己腹膜灌流装置 (応用ツール⑤ 作成)	<input type="checkbox"/> 人工呼吸器 (応用ツール⑬ 作成)
<input type="checkbox"/> 透析液供給装置	<input type="checkbox"/> 気管カニューレ (応用ツール⑭ 作成)
<input type="checkbox"/> 酸素療法 (応用ツール⑥ 作成)	<input type="checkbox"/> 人工肛門・人工膀胱 (応用ツール⑮ 作成)
<input type="checkbox"/> 吸引器	<input type="checkbox"/> 感染症 (応用ツール⑯ 作成)
<input type="checkbox"/> 輸液ポンプ	<input type="checkbox"/> リハビリテーション (リハビリテーションサマリー 作成)
<input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 (応用ツール⑦ 作成)	<input type="checkbox"/> 癌末期疼痛管理 (応用ツール⑰ 作成)
<input type="checkbox"/> 在宅自己注射(インスリン) (応用ツール⑧ 作成)	<input type="checkbox"/> その他 (応用ツール⑱ 作成)
<input type="checkbox"/> 経管栄養 (応用ツール⑨ 作成)	

在宅介護サービス等

<input type="checkbox"/> 訪問診療 <input type="checkbox"/> 訪問歯科診療 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 訪問リハ	<input type="checkbox"/> 通所サービス <input type="checkbox"/> ショートステイ <input type="checkbox"/> 住宅改修 <input type="checkbox"/> 福祉用具 <input type="checkbox"/> その他()
---	--

*介護上、特に注意すべき点等

<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	*介護・看取りに関する本人・家族の意向等 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
---	---

*認知症症状[無]以外は応用ツール③を、食形態・動作・口腔ケアの項目で[普通・自立]以外を選択した場合は応用ツール④を作成下さい。

*服薬管理[自立]以外は応用ツール⑩を作成下さい。

本サマリーの記入者

所属名	
-----	--

電話	FAX	記入者	作成日
----	-----	-----	-----

*応用ツール以外の書式を添付する場合は応用ツール①を必ず作成下さい。

はこだて医療・介護連携サマリー【基本ツール②】 在宅⇒病院用

情報提供先 施設名称	御中	情報提供先 担当者名	様
---------------	----	---------------	---

氏名	
----	--

医療・介護サービス 利用状況	週間スケジュール							
		月	火	水	木	金	土	日
	AM							
PM								
備考								
	サービス内容		サービス提供事業者・担当者			主なサービス内容等		
	<input type="checkbox"/>	①訪問診療						
	<input type="checkbox"/>	②訪問歯科診療						
	<input type="checkbox"/>	③訪問看護						
	<input type="checkbox"/>	④訪問介護						
	<input type="checkbox"/>	⑤訪問入浴						
	<input type="checkbox"/>	⑥訪問リハ						
	<input type="checkbox"/>	⑦通所リハビリ						
	<input type="checkbox"/>	⑧通所介護						
	<input type="checkbox"/>	⑨ショートステイ						
	<input type="checkbox"/>	⑩住宅改修						
	<input type="checkbox"/>	⑪福祉用具						
	<input type="checkbox"/>	⑫他()						
	<input type="checkbox"/>	⑬他()						

生育歴・生活歴	
---------	--

家族構成図	□=男性 ○=女性 ◎=本人 KP=キーパーソン	緊急連絡先	氏名	続柄	連絡先	
			1	(住所)		
				(備考・携帯番号等)		
			2	(住所)		
				(備考・携帯番号等)		
			3	(住所)		
				(備考・携帯番号等)		

本サマリーの記入者	所属名	
電話	FAX	
	記入者	函館次郎
	作成日	

応用ツール① 付帯情報管理

【基本ツール】の他に必要情報として以下を添付致します。

1. 氏名 _____

2. 情報提供時に添付する書類 (該当するものに☑)

① 診療情報提供書

枚数 () 枚

備考 ⇒

② 看護サマリー

枚数 () 枚

備考 ⇒

③ リハビリテーションサマリー

枚数 () 枚

備考 ⇒

④ フェイスシート

枚数 () 枚

備考 ⇒

⑤ その他

文書名 ⇒

枚数 () 枚

備考 ⇒

文書名 ⇒

枚数 () 枚

備考 ⇒

作成者 所属 _____ 記入者 _____
ツール管理者 所属 _____ 氏名 _____

応用ツール② 褥瘡管理

1. 氏名 _____

2. 治療医療機関 _____ ・ 担当医 _____

3. 自己管理能力（該当するものに☑）

- 1) 自己管理可
- 2) 一部補完
- 3) 全面補完（代行 _____）
- * 家族等の代行能力⇒ 可能 不完全 不可能
- * 特記事項（ _____ ）

4. 褥瘡① ・ 位置（ _____ ）

- ・ DESIGN-R® 褥瘡経過評価
- ・ Depth（深さ） →（ _____ ） Granulation（肉芽組織） →（ _____ ）
- ・ Exudate（滲出液） →（ _____ ） Necrotic tissue（壊死組織） →（ _____ ）
- ・ Size（大きさ） →（ _____ ） Pocket（ポケット） →（ _____ ）
- ・ Inflammation/Infection（炎症／感染） →（ _____ ）
- ・ 現在の使用薬剤および投与量
- ・ 消毒薬・ドレッシング材の種類・数

～ 上記薬剤および材料の要継続期間（推定）
- ・ 使用器具・提供数

～ 上記使用器具の要継続期間（推定）
- ・ 褥瘡処置回数 → _____

褥瘡② ・ 位置（ _____ ）

- ・ DESIGN-R® 褥瘡経過評価
- ・ Depth（深さ） →（ _____ ） Granulation（肉芽組織） →（ _____ ）
- ・ Exudate（滲出液） →（ _____ ） Necrotic tissue（壊死組織） →（ _____ ）
- ・ Size（大きさ） →（ _____ ） Pocket（ポケット） →（ _____ ）
- ・ Inflammation/Infection（炎症／感染） →（ _____ ）
- ・ 現在の使用薬剤および投与量
- ・ 消毒薬・ドレッシング材の種類・数

～ 上記薬剤および材料の要継続期間（推定）
- ・ 使用器具・提供数

～ 上記使用器具の要継続期間（推定）
- ・ 褥瘡処置回数 → _____

5. その他（褥瘡の状態変更時の対応方法等）

作成者 所属 _____ 記入者 _____
 ツール管理者 所属 _____ 氏名 _____

応用ツール③ 認知症管理

1. 氏名 _____

2. 認知症の原因疾患（該当するものに☑）

- ① アルツハイマー型認知症
- ② 脳血管性認知症
- ③ レビー小体型認知症
- ④ 前頭側頭型認知症

3. 認知症の症状（該当するものに☑と下部欄内に詳細記載）

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> ・記憶障害
_____ | <input type="checkbox"/> ・幻覚、妄想
_____ |
| <input type="checkbox"/> ・昼夜逆転
_____ | <input type="checkbox"/> ・介護への抵抗
_____ |
| <input type="checkbox"/> ・抑うつ、不安
_____ | <input type="checkbox"/> ・暴言、暴力
_____ |
| <input type="checkbox"/> ・不潔行為
_____ | <input type="checkbox"/> ・徘徊
_____ |
| <input type="checkbox"/> ・その他
_____ | |

4. 認知症の治療状況

- ・治療医療機関⇒ (_____)
 - ・担当医 ⇒ (_____)
 - ・内服薬の状況⇒ 有 無
- 有の場合処方内容⇒ _____

5. その他

作成者 所属 _____ 記入者 _____
ツール管理者 所属 _____ 氏名 _____

応用ツール⑤ 自己腹膜灌流管理

1. 氏 名 _____

2. 治療医療機関 _____ ・ 担当医 _____

3. 開始日 _____

4. 自己管理能力（該当するものに☑）

 1) 自己管理可 2) 一部補完 3) 全面補完（代行 _____）* 家族等の代行能力⇒ 可能 不完全 不可能

* 特記事項（ _____ ）

5. 使用薬剤・投与量・回数

・ 透析液（ _____ ） ・ 液量（ _____ ml）

・ 貯留時間（ _____ 時間） ・ 交換回数（ _____ 回）

・ 透析液（ _____ ） ・ 液量（ _____ ml）

・ 貯留時間（ _____ 時間） ・ 交換回数（ _____ 回）

6. 使用器具・提供数

 バッグ交換システム

（メーカー： _____

種 類： _____

セット： _____）

 その他（ _____ ）

7. 消毒薬・衛生材料

・ 消毒液（ _____ ml） ・ 綿 棒（ _____ 本）

・ 滅菌ガーゼ（ _____ 枚× _____ パック） ・ 絆創膏（ _____ 個）

・ Y字カットガーゼ（ _____ 枚× _____ パック）

・ そ の 他（ _____ ）

8. カテーテル感染の既往（いずれかに☑）

 あり なし

9. 緊急時の対応方法（排液の混濁、カテーテル出口部の発赤、除水量の不足等）

--

10. その他

--

作成者 所属 _____ 記入者 _____

ツール管理者 所属 _____ 氏名 _____

応用ツール⑥ 酸素療法管理

1. 氏名 _____

2. 治療医療機関 _____ ・ 担当医 _____

3. 開始日 _____

4. 自己管理能力 (該当するものに☑)

- 1) 自己管理可
- 2) 一部補完
- 3) 全面補完 (代行 _____)
- * 家族等の代行能力⇒ 可能 不完全 不可能
- * 特記事項(_____)

5. 使用機器 (該当するものに☑) (提供機関 _____)

- 設置型の場合
 - 酸素ボンベ 酸素濃縮装置 液化酸素装置
- 携帯型の場合
 - 携帯用酸素ボンベ 携帯型液化酸素装置
 - * パルスオキシメーター⇒ 有 無

6. 投与方法 (該当するものに☑)

- 1) 持続
- 2) 間欠
 - (_____ 時間/1日 労作時 睡眠時 他→ _____)
- 3) 酸素吸入量
 - ・ 安静時⇒ _____ L/分 ・ 労作時⇒ _____ L/分 ・ 睡眠時⇒ _____ L/分
 - * 吸入方法⇒ カニューレ マスク
 - * SP02変化時の指示⇒ (_____)

7. 緊急時の対応方法(呼吸困難増強時等)

8. その他

作成者 所属 _____ 記入者 _____
 ツール管理者 所属 _____ 氏名 _____

応用ツール⑦ 中心静脈栄養法管理

1. 氏名 _____

2. 治療医療機関 _____ ・担当医 _____

3. 開始日 _____

4. 自己管理能力 (該当するものに☑)

- 1) 自己管理可
- 2) 一部補完
- 3) 全面補完 (代行 _____)
- * 家族等の代行能力⇒ 可能 不完全 不可能
- * 特記事項 (_____)

5. 使用薬剤・投与量
 薬剤名・投与量 (_____)

6. 投与方法 (該当するものに☑)

- 1) 持続 2) 間欠 (_____ 時間/1日 他→ _____)
- * フラッシュ頻度⇒ (_____)
- * 注入速度⇒ (_____ ml/時間)
- * 輸液ポンプの使用 ⇒ 有 無 (_____)
- * 輸液ポンプ貸出機関⇒ (_____)

7. 挿入部に関して (該当するものに☑)

- * 挿入部位⇒ (_____)
- * ポート カテーテル
- * ロック方法⇒ (_____)
- * 特記事項⇒ (_____)

8. 消毒薬・衛生材料

- ・滅菌綿棒 (_____ 本) ・絆創膏 (_____ 個)
- ・滅菌ガーゼ (_____ 枚× _____ パック) ・酒精綿 (_____)
- ・滅菌フィルム (_____ 枚) ・NSシリンジ (_____ ml _____ 本)
- ・フィルム (_____ 巻) ・へパ生シリンジ (_____ 本)
- ・その他 (_____)

9. 使用器具・交換頻度・提供数

- ・輸液回路 (_____ セット) ・注射器, 注射針 (_____ セット)
- ・ヒューバー針 (_____ mm _____ 本) ・連結管 (_____ 本)
- ・エクステンションチューブ (_____ ml _____ 本) ・インジェクションプラグ (_____ 個)
- ・フィルター (_____ 個) ・その他 (_____)

10. 緊急時の対応方法 (滴下不良の場合等)

11. その他

作成者 所属 _____ 記入者 _____

ツール管理者 所属 _____ 氏名 _____

応用ツール⑧ 糖尿病治療管理

1. 氏名 _____

2. 治療医療機関 _____ ・ 担当医 _____

3. 開始日 _____

4. 経口薬 (該当するものに☑)

- 無
- 有 ⇒ 薬剤名 (_____) 量 (_____)
服用法 (_____)
- ・ 薬剤名 (_____) 量 (_____)
服用法 (_____)
- ・ 薬剤名 (_____) 量 (_____)
服用法 (_____)

5. 自己管理能力 (該当するものに☑)

- 1) 自己管理可
- 2) 一部補完
- 3) 全面補完 (代行 _____)
- * 家族等の代行能力 ⇒ 可能 不完全 不可能
- * 特記事項 (_____)

6. 使用薬剤および投与量・投与方法

インスリン名・量
朝 (_____ ・ _____ 単位) 昼 (_____ ・ _____ 単位)
夕 (_____ ・ _____ 単位) 就寝 (_____ ・ _____ 単位)
投薬時間・タイミング (_____)
その他の指示 (_____)

7. 使用器具および提供数

注射器 ⇒ シリンジ ペン型
針 ⇒ (ペンニードル) (_____ G ・ _____ 本/月)

8. 自己血糖測定器 ⇒ 有 無 (『有』の場合以下記載)
種類 (_____ (貸出 ⇒ 有 無)) 穿刺器具 (_____)
針 (_____ 本/月) チップ (_____ 個/月) その他 (_____)

9. 消毒薬・衛生材料

- ・ カット綿 (_____ 枚 × _____ バック) ・ 酒精綿 (_____ 枚 × _____ バック)
- ・ 消毒液 (エタノール 他) (_____ ml)
- ・ その他 (_____)

10. 緊急時の対応方法 (明らかな低血糖発作時等)

11. その他

作成者 所属 _____ 記入者 _____

ツール管理者 所属 _____ 氏名 _____

応用ツール⑨ 経管栄養法管理

1. 氏 名 _____

2. 治療医療機関 _____ ・ 担当医 _____

3. 経口摂取 可 否 _____

4. 開始日 _____

5. 自己管理能力 (該当するものに☑)

- 1) 自己管理可
- 2) 一部補完
- 3) 全面補完 (代行 _____)
- * 家族等の代行能力⇒ 可能 不完全 不可能
- * 特記事項(_____)

6. 使用栄養剤・注入量 (提供機関 _____) (処方 自費購入)

栄養剤名(_____) 1日に必要なカロリー(_____ kcal)

栄養量(朝 _____ ml) (昼 _____ ml) (夕 _____ ml)

* 固形化の場合その方法～

水分量(朝 _____ ml) (昼 _____ ml) (夕 _____ ml)

* 注入の順序～

1回の注入時間(_____ 分/回) (または _____ ml/時間)

その他の注入方法(_____)

7. 使用器具・交換頻度

1) 方法 ⇒ 鼻腔 胃瘻 腸瘻 その他 (_____)

胃瘻チューブ ⇒ (種類 _____ 太さ _____ Fr)

2) 交換頻度⇒(_____) 次回交換予定日(_____)

3) 交換医療機関 ⇒(_____)

8. 緊急時の対応方法 (滴下不良の場合等)

9. 挿入部の処置等

10. その他

作成者 所属 _____ 記入者 _____

ツール管理者 所属 _____ 氏名 _____

応用ツール⑩ 膀胱留置カテーテル管理

1. 氏名 _____

2. 治療医療機関 _____ ・ 担当医 _____

3. 開始日 _____

4. 自己管理能力 (該当するものに☑)

1) 自己管理可

2) 一部補完

3) 全面補完 (代行

* 家族等の代行能力⇒ 可能 不完全 不可能

* 特記事項(_____)

5. 使用器具

・ 交換用キット (_____ セット)

・ 尿道カテーテル 号数 (_____ セット)

・ 蓄尿袋 (_____ 個)

・ 固定液 (_____)

・ 注射器 (_____)

6. 消毒薬・衛生材料

・ 滅菌綿棒 (_____ 本) ・ 絆創膏 (_____ 個)

・ 消毒液 (_____ ml) ・ 潤滑油 (_____)

・ 滅菌手袋 (_____ 個) ・ 滅菌ガーゼ (_____ 枚)

・ 滅菌セッシ (_____ 個)

7. カテーテル交換

・ 交換頻度 (_____ 週毎)

・ 最終交換日 (_____)

・ 次回交換予定日 (_____)

8. 緊急時の対応方法 (尿道カテーテル閉塞の場合、感染等)

9. その他

作成者 所属 _____ 記入者 _____

ツール管理者 所属 _____ 氏名 _____

応用ツール⑪ 自己導尿管理

1. 氏名 _____

2. 治療医療機関 _____ ・ 担当医 _____

3. 開始日 _____

4. 自己管理能力（該当するものに☑）

 1) 自己管理可 2) 一部補完 3) 全面補完（代行 _____）* 家族等の代行能力⇒ 可能 不完全 不可能

* 特記事項（ _____ ）

5. 使用器具

 ディスポカテーテル

（・商品名⇒ _____ ・ Fr _____ ・ 本または _____ 箱/日）

 リューザブルカテーテル・再利用型自己導尿用セット

（・商品名⇒ _____ ・ Fr _____ ・ 本または _____ 箱/日）

 上記を代用するカテーテル類

（・商品名⇒ _____ ・ Fr _____ ・ 本または _____ 箱/日）

6. 消毒薬・衛生材料

* 潤滑剤⇒ キシロカインゼリー（ _____ 本・個/日） 滅菌グリセリン（ _____ 本・個/日）* 消毒液⇒ リューザブルカテーテル
（・消毒液名⇒ _____ 本 _____） 自己導尿用カテーテルを入れた容器の中を満たすもの
（・消毒液名⇒ _____ 本 _____）

7. 自己導尿回数指示

* 1日（ _____ ）回（ _____ ）時間ごと

8. 自己導尿カテーテルの中を満たす消毒液の交換頻度

*（1回/ _____ 日）

9. 緊急時の対応方法

--

10. その他

--

作成者 所属 _____ 記入者 _____

ツール管理者 所属 _____ 氏名 _____

応用ツール⑫ 腎瘻・尿管皮膚瘻管理

1. 氏名 _____

2. 治療医療機関 _____ ・担当医 _____

3. 造設日 _____

4. 自己管理能力（該当するものに☑）

- 1) 自己管理可
- 2) 一部補完
- 3) 全面補完（代行 _____）
- * 家族等の代行能力⇒ 可能 不完全 不可能
- * 特記事項（ _____ ）

5. 使用器具・交換頻度・数量

- ・ カテーテル _____（ _____ ）
- ・ カテーテルチップ _____（ _____ ）
- ・ 集尿装具[パウチ, バッグ等] _____（提供機関 _____） _____（ _____ ）
- ・ 注射器 _____（ _____ ）
- ・ 注射針 _____（ _____ ）
- ・ 滅菌コップ _____（ _____ ）

6. 消毒薬・衛生材料

- ・ 生理食塩水（ _____ ml）
- ・ ガーゼ付絆創膏（ _____ 個）
- ・ 消毒薬（ _____ 枚）
- ・ ガーゼ（ _____ 枚）
- ・ テープ（ _____ ）

7. 腎瘻・尿管皮膚瘻カテーテルの洗浄方法

- 1) 回数 ⇒（ _____ ）
- 2) 量 ⇒（ _____ ）
- 3) 手技等 ⇒（ _____ ）

8. 緊急時の対応方法（カテーテルが抜けた、つまった場合、血尿等）

9. その他

作成者 所属 _____ 記入者 _____

ツール管理者 所属 _____ 氏名 _____

応用ツール⑬ 人工呼吸療法管理

1. 氏名 _____

2. 治療医療機関 _____ ・ 担当医 _____

3. 開始日 _____

4. 自己管理能力 (該当するものに☑)

- 1) 自己管理可
 2) 一部補完
 3) 全面補完 (代行)
 * 家族等の代行能力⇒ 可能 不完全 不可能
 * 特記事項 (_____)

5. 使用器具・交換頻度・提供数 (提供機関 _____)

	機種・種類・サイズ	個数	交換頻度
人工呼吸器			
人工呼吸器回路			回/週
加湿モジュール			回/週
バクテリア・フィルター			ヶ月毎
外気取入口フィルター			ヶ月毎
気管カニューレ			医師による交換

6. 消毒薬・衛生材料

滅菌綿球	個	吸引チューブ	,	本
滅菌ガーゼ(Yカット)	枚	消毒液(気切用)	,	本
絆創膏	個	消毒液(回路用)	,	本
		滅菌蒸留水	ml	本

7. 人工呼吸器等設定

使用時間	時	分～	時	分まで	
モード		呼気時間	秒	気道内圧下限	cmH20
1回換気量	ml	呼気流量	L/分	気道内圧上限	cmH20
呼吸回数	回/分	感度	cmH20	加湿加湿器設定	
I/E比	1:	秒	気道内圧	酸素量	ml/分

8. 緊急時の対応方法

9. その他 (CPAPを使用している場合はその旨記載下さい。)

作成者 所属 _____ 記入者 _____
 ツール管理者 所属 _____ 氏名 _____

応用ツール⑭ 気管カニューレ管理

1. 氏名 _____

2. 治療医療機関 _____ ・担当医 _____

3. 造設日 _____

4. 自己管理能力（該当するものに☑）

 1) 自己管理可 2) 一部補完 3) 全面補完（代行 _____）* 家族等の代行能力⇒ 可能 不完全 不可能

* 特記事項（ _____ ）

5. 経口摂取（該当するものに☑）

 可 不可

6. 医療器材

・ カニューレの名称（ _____ ）

・ 交換の頻度（ _____ 週に _____ 回）

・ カニューレの数（ _____ 本）

・ カフ用注射器（ _____ ml _____ 個）

7. 衛生材料

・ 滅菌綿棒（ _____ 本）

・ 滅菌Yガーゼ（ _____ 個）

・ 絆創膏（ _____ ）

・ 消毒液（薬品名： _____ 、 _____ 本）

8. トラブル時の対処

1) カニューレ抜去時の対応方法

--

2) 呼吸困難時の対応方法

--

3) 緊急時の対応方法

--

9. その他

--

作成者 所属 _____ 記入者 _____

ツール管理者 所属 _____ 氏名 _____

応用ツール⑮ 人工肛門・人工膀胱管理

1. 氏名 _____

2. 治療医療機関 _____ ・ 担当医 _____

3. ストーマの種類 ⇒ _____

4. 造設日 _____

5. 自己管理能力（該当するものに☑）

1) 自己管理可

2) 一部補完

3) 全面補完（代行 _____）

* 家族等の代行能力⇒ 可能 不完全 不可能

* 特記事項（ _____ ）

6. 使用装具、装具交換状況、装具購入方法（提供機関 _____）

・ 装具名（ _____ ）

・ 装具の交換状況（ _____ 回/週、あるいは _____ 日毎に交換）

・ その他の使用材料

7. 緊急時の対応方法

8. その他

作成者 所属 _____ 記入者 _____

ツール管理者 所属 _____ 氏名 _____

応用ツール⑯ 感染に関する管理

1. 氏名 _____

2. 治療医療機関 _____ ・ 担当医 _____

3. 感染症の罹患について

・ 感染症① (_____)
～ その対策 _____

・ 感染症② (_____)
～ その対策 _____

・ 感染症③ (_____)
～ その対策 _____

4. 緊急時の対応方法(明らかな悪化状態が見られた時等)

5. 感染症に対しての処方状況

6. その他

作成者 所属 _____ 記入者 _____
ツール管理者 所属 _____ 氏名 _____

応用ツール⑰ 緩和ケア情報共有シート (MOPN)

患者氏名	0
年齢	117 歳
性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
PS	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
予後予測	<input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 1年以上 <input type="checkbox"/> 6か月 <input type="checkbox"/> 2~3か月 <input type="checkbox"/> 1か月未満 <input type="checkbox"/> 1週間未満
患者の病名・ 症状・治療方針・ 予後などについての 説明への希望	<input type="checkbox"/> 具体的にはっきり知りたい <input type="checkbox"/> よくない情報はあまり詳しく知りたくない <input type="checkbox"/> 知りたくない <input type="checkbox"/> 今は決められない <input type="checkbox"/> その他 []
患者への病状 説明、受け止め	
患者の希望、 大切にしたいこと (気がかり・不安)	
家族の病名・ 症状・治療方針・ 予後などについての 説明への希望	<input type="checkbox"/> 具体的にはっきり知りたい <input type="checkbox"/> よくない情報はあまり詳しく知りたくない <input type="checkbox"/> 知りたくない <input type="checkbox"/> 今は決められない <input type="checkbox"/> その他 []
家族への病状 説明、受け止め	キーパーソン()
家族の希望、 大切にしたいこと (気がかり・不安)	
病状が悪化した 時の希望の療養 の場所	<input type="checkbox"/> 自宅で療養したい <input type="checkbox"/> 入院したい <input type="checkbox"/> なるべく自宅で療養して 必要があれば入院したい } <input type="checkbox"/> 今までの病院 <input type="checkbox"/> ホスピス 緩和ケア病棟 <input type="checkbox"/> 今は決められない <input type="checkbox"/> その他 []
情報提供	<input type="checkbox"/> ホスピス緩和ケア病棟 <input type="checkbox"/> 在宅医療・ケア
DNAR	<input type="checkbox"/> 確認 <input type="checkbox"/> 確認未

治療医療機関

・担当医

作成者 所属 _____

記入者 _____

ツール管理者 所属 _____

氏名 _____

応用ツール⑱ 特記事項

基本ツール（及び他の応用ツール）に記載出来なかった必要な内容を情報提供します。

1. 氏名 _____

作成者 所属 _____ 記入者 _____
ツール管理者 所属 _____ 氏名 _____