

はこだて医療・介護連携サマリー【基本ツール】

資料1

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	(漢 生 歳)	生活 保護	障害等 認定	() () ()
現住所	電話番号				
居住	※居住階、施設名等を下記に記載 ()		※エレ ベーター	医療保険種類	その他 ()
要介護度	認定有 効期間	～	年 月 日	障害高齢者日常生活自 立度(要たきり度)	認知症高齢者日 常生活自立度
同居家族	その他 ()				
連絡先①	続柄	電話	関係	()	
連絡先②	続柄	電話	関係	()	

● 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	年 月 日	()
*起居動作	移動	⇒	その他 ()
麻痺の状況	麻痺の部位	・	その他 ()
視力 [日常生活に支障]	()	・眼鏡	
聴力 [日常生活に支障]	()	・補聴器	
意思の伝達	失語症		
*認知症症状	その他 ()		
食事 摂取	*食形態	水分トロミ	
	*食動作	食事・水分制限	
口腔	*口腔ケア	義歯使用	
排泄	排尿介助	Pトイレ使用	
	排便介助	オムツ使用(パッド含む)	
衣服の着脱	*服薬管理		
入浴(保清等)			
*特別な医療等			
在宅介護サービス等	その他 ()		
*介護上、特に注意すべき点等 ([有]の場合応用ツール⑩ 作成)		*介護・看取りに関する本人・家族の意向等 ([有]の場合応用ツール⑩ 作成)	

*起居動作[自立・見守り]以外は応用ツール⑩を、認知症症状[無]以外は応用ツール③を作成下さい。
*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、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。

フェイスシート 1/2

相談受付日		受付方法	
-------	--	------	--

課題分析の理由 () (前/)

● 基本情報等

氏名		生年・性別等		(満 歳)	生活保護	障害等認定	() () ()
現住所						電話番号	
居住	※居住階、施設名等を下記に記載 ()		※エレベーター		医療保険種類	その他 ()	
要介護度	認定有効期間	～	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	その他 ()						
連絡先①	続柄		電話		関係	()	
連絡先②	続柄		電話		関係	()	

● 医療情報等

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

● 身体・生活機能等

	評価日	年 月 日	()
起居動作			移動 ⇒ その他 ()
麻痺の状況			麻痺の部位 ・ その他 ()
視力【日常生活に支障】	()		・眼鏡
聴力【日常生活に支障】	()		・補聴器
意思の伝達			失語症
認知症症状	その他 ()		
食事摂取	食形態		水分ロミ
	食動作		食事・水分制限
口腔	口腔ケア		義歯使用
	排泄	排尿介助	Pトイレ使用
		排便介助	オムツ使用(パッド含む)
衣服の着脱			服薬管理
入浴(保清等)			
特別な医療等		

本フェイスシート作成者

電話	FAX	記入者	作成日
----	-----	-----	-----