

はこだて医療・介護連携サマリー【基本ツール】(改正案)

情報提供先 施設名称	御中	情報提供先 担当者名	様	資料1-1
---------------	----	---------------	---	-------

● 基本情報等

(フリガナ) 氏名	生年・性別等	生 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)
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

\*特記[有]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	( )
-----	-----

食事	食事・水分制限						
椅子とベッド間の移乗	移動	⇒ その他( )					
整容	オムツ使用(パッド含む)						
トイレ動作	PTトイレ使用						
入浴	*認知症症状						
平地歩行							
階段昇降							
更衣	意思の伝達など	意思の伝達					
排便コントロール		失語症					
排尿コントロール	服薬管理	主観的健康感 ← (検討中)					
口腔・栄養	身長	体重	歯の汚れ	むせ	水分ロミ	歯肉の出血・腫れ	義歯使用
麻痺の状況	cm	kg					
視力[日常生活に支障]							
聴力[日常生活に支障]							
*特別な医療等	必要時は、右記の( )内に指定応用ツールを作成下さい。						
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			*医療・ケアに関する本人・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。

はこだて医療・介護連携サマリー【基本ツール】(現行)

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	生	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

\*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⑯を作成して下さい。

● 身体・生活機能等

評価日	令和	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	普通	水分ロミ
	*食動作		食事・水分制限
口腔	*口腔ケア		義歯使用 <input type="checkbox"/> 要アセスメント
	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	必要時は、右記の( )内に指定応用ツールを作成下さい。		
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⑱ 作成)	*医療・ケアに関する本人・家族の意向等	
		( [有]の場合応用ツール⑱ 作成)	

\*起居動作[自立・見守り]以外は応用ツール⑱を、認知症症状[無]以外は応用ツール⑳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⑱を作成下さい。

本サマリーの記入者

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。