

はこだて医療・介護連携サマリー【基本ツール】

(チェック式)

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

● 基本情報等

(フリガナ) 氏名	生年・性別等	生	生活保護	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	障害等認定	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 療育 <input type="checkbox"/> 特定疾患	<input type="checkbox"/> 身障(級) <input type="checkbox"/> 精神(級)
現住所	電話番号						
居住	<input type="checkbox"/> 戸建(階) <input type="checkbox"/> 集合住宅(階) ※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"/> その他	<input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 後期高齢者		
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)	年 月 日	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()						
連絡先①	続柄	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	電話	関係	<input type="checkbox"/> 主介護者 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> キーバーソン	()
連絡先②	続柄	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	電話	関係	<input type="checkbox"/> 主介護者 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> キーバーソン	()

● 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	令和	年	月	日	<input type="checkbox"/> 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"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> その他()				
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 [日常生活に支障]	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有⇒()	・眼鏡	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有				
聴力 [日常生活に支障]	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有⇒()	・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"/> ソフト <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> 流動	水分トロミ	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有			
	*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	食事・水分制限	<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	義歯使用	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 要アセスメント			
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	Pトイレ使用	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 夜間 <input type="checkbox"/> 常時			
	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	オムツ使用(パッド含む)	<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	*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				
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						
*特別な医療等	<input type="checkbox"/> 褥瘡 (応用ツール② 作成) <input type="checkbox"/> 皮膚疾患 (応用ツール⑩ 作成) <input type="checkbox"/> 認知症 (応用ツール③ 作成) <input type="checkbox"/> 食事摂取困難 (応用ツール④ 作成) <input type="checkbox"/> 自己腹膜灌流装置 (応用ツール⑤ 作成) <input type="checkbox"/> 透析液供給装置 <input type="checkbox"/> 酸素療法 (応用ツール⑥ 作成) <input type="checkbox"/> 吸引器 <input type="checkbox"/> 輸液ポンプ <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 (応用ツール⑦ 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"/> 経管栄養 (応用ツール⑨ 作成)			<input type="checkbox"/> 留置カテーテル (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"/> 腎臓・尿管皮膚瘻 (応用ツール⑫ 作成) <input type="checkbox"/> ドレーン (部位:) <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 (応用ツール⑬ 作成) <input type="checkbox"/> 気管カニューレ (応用ツール⑭ 作成) <input type="checkbox"/> 人工肛門・人工膀胱 (応用ツール⑮ 作成) <input type="checkbox"/> 感染症 (応用ツール⑯ 作成) <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"/> 癌末期疼痛管理 (応用ツール⑰ 作成) <input type="checkbox"/> 本人の意向を尊重した意思決定支援のための情報 (応用ツール⑱ 作成) <input type="checkbox"/> その他 (応用ツール⑲ 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"/> 訪問リハビリ <input type="checkbox"/> 通所リハビリ <input type="checkbox"/> 通所介護 <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"/> 定期巡回 <input type="checkbox"/> 小多機 <input type="checkbox"/> 看多機 <input type="checkbox"/> 居宅介護支援 <input type="checkbox"/> 包括支援センター <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> その他()						
*介护上、特に注意すべき点等	((有)の場合応用ツール⑲ 作成) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		*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) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有			

*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⑱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】

(チェック式)

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

改正案

● 基本情報等

氏名 (フリガナ)	生年・性別等	生活保護	障害等認定	身障(級)	精神(級)	特定疾患()
現住所	電話番号	健康保険	国民健康保険	後期高齢者	その他()	
居住	医療保険種類	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			
要介護度	認定有効期間	年 月 日	年 月 日			
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()					
連絡先①	続柄	同居 <input type="checkbox"/> 別居	電話	関係	<input type="checkbox"/> 主介護者 <input type="checkbox"/> キーパーソン <input type="checkbox"/> その他()	
連絡先②	続柄	同居 <input type="checkbox"/> 別居	電話	関係	<input type="checkbox"/> 主介護者 <input type="checkbox"/> キーパーソン <input type="checkbox"/> その他()	

● 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⑨を作成して下さい。

● 身体・生活機能等

評価日	令和 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() <input type="checkbox"/>				
*食事	<input type="checkbox"/> 自立 <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				
*椅子とベッド間の移乗	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助(監視下) <input type="checkbox"/> 一部介助(座れるが移れない) <input type="checkbox"/> 全介助	移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> その他()				
整容	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	オムツ使用(パッド含む)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 夜間 <input type="checkbox"/> 常時				
トイレ動作	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	PTトイレ使用	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 夜間 <input type="checkbox"/> 常時				
入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	*認知症症状	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 記憶障害 <input type="checkbox"/> 幻覚・妄想				
平地歩行	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助(歩行器等) <input type="checkbox"/> 一部介助(車椅子操作が可能) <input type="checkbox"/> 全介助		<input type="checkbox"/> 暴言・暴力 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 不潔行為				
階段昇降	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		<input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 抑うつ・不安 <input type="checkbox"/> その他()				
更衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	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				
排便コントロール	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	失語症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 不明				
排尿コントロール	<input type="checkbox"/> 自立 <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				
口腔・栄養	身長	体重	歯の汚れ	*むせ	*水分ロミ	菌肉の腫れ・出血	義歯使用
	cm	kg	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
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 [日常生活に支障]	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有⇒()	*眼鏡	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有				
聴力 [日常生活に支障]	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有⇒()	*補聴器	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有				
*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"/> 本人の意向を尊重した意思決定支援のための情報 (応用ツール⑱ 作成) <input type="checkbox"/> 経管栄養 (応用ツール⑨ 作成) <input type="checkbox"/> その他 (応用ツール⑱ 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"/> 訪問リハビリ <input type="checkbox"/> 通所リハビリ <input type="checkbox"/> 通所介護 <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"/> 定期巡回 <input type="checkbox"/> 小多機 <input type="checkbox"/> 看多機 <input type="checkbox"/> 居宅介護支援 <input type="checkbox"/> 包括支援センター <input type="checkbox"/> 無し <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 <small>([有]の場合応用ツール⑱ 作成)</small>		*医療・ケアに関する本人・家族の意向等				<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <small>([有]の場合応用ツール⑱ 作成)</small>

*食事の項目で「自立」以外、食事・水分制限の項目で「有」、口腔・栄養欄のむせと水分ロミの項目で「有」を選択した場合は応用ツール④を作成下さい。

*椅子とベッド間の移乗の項目で「自立」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、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	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。