

参 考 様 式

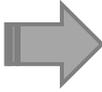
入退院時におけるケアマネジャーと医療機関関係者との連絡・連携に用いる参考様式を掲載しました。ヒアリングやアンケート調査の結果をもとに、双方が本当に必要としている情報が提供できるよう検討したものですので、参考にしてください。

様式 1 入院時情報提供書 [ケアマネジャー→医療機関]

様式 2 退院時情報提供書 [医療機関→ケアマネジャー]

様式 3 ケアプラン作成のための医師とケアマネ連携・連絡票 [ケアマネジャー⇔医療機関]

事業所名	
担当者名	
電話番号	
FAX番号	
記入日	



令和 年 月 日	
医療機関名	
ご担当者名	

利用者（患者）/家族の同意に基づき、利用者情報を送付します。

※太枠セルはプルダウンから選択できます。

1 基本情報

患者氏名	(フリガナ)	年齢	歳	性別	
		生年月日	明・大・昭		
住所		電話番号			
住環境	戸建て（ ）集合住宅： 階：エレベーター有・無（特記： ）				
日常生活自立度	判断	<input type="checkbox"/> 医師	障害高齢者	<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
		<input type="checkbox"/> ケアマネ	認知症高齢者	<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"/> M
介護保険	介護度	HDS-R	点	月	日 障害者手帳
年金	<input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input checked="" type="checkbox"/> その他（ ）				

2 家族構成・連絡先

世帯構成	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> 子と同居 <input type="checkbox"/> その他（ ） <input type="checkbox"/> 日中独居				
主介護者	続柄	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 _{住所}	電話		
キーパーソン	続柄	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 _{住所}	電話		
その他	続柄	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 _{住所}	電話		

3 本人・家族の意向について

本人	趣味・関心	
	生活歴	
本人の生活に対する意向		※同封の居宅サービス計画を参照
家族の生活に対する意向		※同封の居宅サービス計画を参照

4 入院前の介護サービスの利用状況について

	※同封の居宅サービス計画を参照
--	-----------------

5 今後の在宅生活の展望について（ケアマネジャーとしての意見）

在宅生活に必要な条件					
退院後の世帯状況	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> 子と同居(家族構成員数 名) <input type="checkbox"/> 日中独居				
	<input type="checkbox"/> その他				
世帯に対する配慮	<input type="checkbox"/> 不要	特記事項			
	<input type="checkbox"/> 必要				
退院後の主介護者	<input type="checkbox"/> 入院前と同じ	<input type="checkbox"/> 左記以外	続柄		歳
介護力*	<input type="checkbox"/> 介護力が見込める	<input type="checkbox"/> 十分	<input type="checkbox"/> 一部	<input type="checkbox"/> 介護力は見込めない	<input type="checkbox"/> 支援者はいない
家族や同居者等による虐待の疑い	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 詳細：				
ケアマネジャーとしての意見・思い					
	退院前カンファレンス	<input type="checkbox"/> 希望あり 具体的な要望：			

6 身体・生活機能の状況／療養生活上の課題について

麻痺の状況		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度		褥瘡の有無		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり部位:	
ADL ※選択肢 (自立 見守り 一部介助 全介助)	移動		全介助 の場合	室内	<input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他		
	移乗			室外	<input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他		
	更衣		食事	特記事項			
	整容		排尿				
	入浴		排便				
食事内容	回数	回/日	食形態区分	<input type="checkbox"/> かまなくてもよい <input type="checkbox"/> 舌でつぶせる <input type="checkbox"/> 歯茎でつぶせる <input type="checkbox"/> 容易にかめる			
	形態	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> きざみ <input type="checkbox"/> 嚥下障害食 <input type="checkbox"/> ミキサー		口腔の清潔		<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良 <input type="checkbox"/> 不明	
	摂取方法	<input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経管栄養		水分制限		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明	
口腔	嚥下機能	<input type="checkbox"/> むせない <input type="checkbox"/> 時々むせる <input type="checkbox"/> 常にむせる		義歯	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(部分・一部)		
夜間睡眠の状態		<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難あり <input type="checkbox"/> 問題あり		眠剤の使用		<input type="checkbox"/> 夜間 <input type="checkbox"/> 常時	
コミュニケーション能力 ※ブルダウン	視力		眼鏡	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		補聴器 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
	聴力	コミュニケーションに関する特記事項					
	言語						
	意思疎通						
精神面における療養上の問題		<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり				
		<input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 焦燥・不穏 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 暴力/攻撃性 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 危険行為 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> その他()					
疾患歴		<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり				
		<input type="checkbox"/> 悪性腫瘍 <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 急性呼吸器感染症 <input type="checkbox"/> 脳血管疾患 <input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> その他()					
入院歴	最近半年	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		理由:		期間: <input type="checkbox"/> 不明	
	入院頻度	<input type="checkbox"/> 頻度は高い/繰り返している <input type="checkbox"/> 頻度は低いがこれまでもある <input type="checkbox"/> 今回が初めて					
入院前に実施している医療処置		<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり				
		<input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 経鼻栄養 <input type="checkbox"/> 尿道カテーテル <input type="checkbox"/> 消化管ストーマ <input type="checkbox"/> 褥瘡処置 <input type="checkbox"/> 痛みのコントロール(鎮痛剤の使用) <input type="checkbox"/> 排便コントロール(下剤の使用) <input type="checkbox"/> 自己注射 <input type="checkbox"/> その他()					

7 お薬について ※必要に応じて「お薬手帳(コピー)」を添付

内服薬	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	居宅療養管理指導	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	職種	
薬剤管理	<input type="checkbox"/> 自己管理 <input type="checkbox"/> 他者による管理	管理者		管理方法	
服薬状況	<input type="checkbox"/> 処方通り服用 <input type="checkbox"/> 時々飲み忘れ <input type="checkbox"/> 飲み忘れが多い/処方が守られていない <input type="checkbox"/> 服薬拒否				
	特記事項				

8 かかりつけ医について

かかりつけ医療機関名		電話番号	
医師名	フリガナ	診察方法 頻度	<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 訪問診療
			回/月 <input type="checkbox"/> 回/月

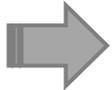
ケアマネジャー→医療機関

入院時情報提供書

記入例

【様式 1-1】

事業所名	〇〇〇居宅介護支援事業所
担当者名	介護支援専門員 〇〇 〇〇
電話番号	●●●●-●●●●-●●●●
FAX番号	●●●●-●●●●-●●●●
記入日	令和●年●月●日



令和●年●月●日	
医療機関名	〇〇病院 御中
ご担当者名	医療介護連携室 〇〇 〇〇 様

利用者（患者）/家族の同意に基づき、利用者情報を送付します。

※太枠セルはプルダウンから選択できます。

1 基本情報											
患者氏名	フリガナ オオサト タロウ				年齢	78歳	性別	男			
	大里 太郎				生年月日	明・大・昭	●年●月●日				
住所	〒●●●●-●●●● 〇〇市〇〇●●番地●				電話番号	●●●●-●●●●-●●●●					
住環境	戸建て（ 平屋 ）集合住宅： 階：エレベーター有・無（特記： ）										
日常生活 自立度	判断	<input checked="" type="checkbox"/> 医師	障害高齢者 <input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input checked="" type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2								
		<input type="checkbox"/> ケアマネ	認知症高齢者 <input checked="" 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"/> M								
介護保険	介護度	要支援1	HDS-R	29	点	●	月	●	日	障害者手帳	なし
年金	<input checked="" type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> その他（ ）										
2 家族構成・連絡先											
世帯構成	<input type="checkbox"/> 独居 <input checked="" type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> 子と同居 <input type="checkbox"/> その他（ ） <input type="checkbox"/> 日中独居										
主介護者	大里A子	続柄	妻	<input checked="" type="checkbox"/> 同居	<input type="checkbox"/> 別居	住所	電話	●●●●-●●●●-●●●●			
キーパーソン	埼玉B子	続柄	長女	<input type="checkbox"/> 同居	<input checked="" type="checkbox"/> 別居	住所	大宮	電話	●●●●-●●●●-●●●●		
その他		続柄		<input type="checkbox"/> 同居	<input type="checkbox"/> 別居	住所		電話			
3 本人・家族の意向について											
本人	趣味・関心	旅行、カラオケ									
	生活歴	地域の役員を長年務め、最近は役職をおりて自宅でゆっくりしていた。									
本人の生活に対する意向	家族の支援を受けながら自宅で暮らしたい。									※同封の居宅サービス計画を参照	
家族の生活に対する意向	本人の考えに沿いたい。自宅で生活できるように介護サービスを利用したい。									※同封の居宅サービス計画を参照	
4 入院前の介護サービスの利用状況について											
デイサービス週1回（水）									※同封の居宅サービス計画を参照		
5 今後の在宅生活の展望について（ケアマネジャーとしての意見）											
在宅生活に必要な条件	屋内の転倒危険因子の見直し。本人の回復状況。退院後の家族の介護負担の軽減。										
退院後の世帯状況	<input type="checkbox"/> 独居 <input checked="" type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> 子と同居（家族構成員数 名） <input type="checkbox"/> 日中独居										
	<input type="checkbox"/> その他										
世帯に対する配慮	<input type="checkbox"/> 不要									特記事項 高齢者世帯のため、これまで以上に見守りが必要となる。	
	<input checked="" type="checkbox"/> 必要										
退院後の主介護者	<input checked="" type="checkbox"/> 入院前と同じ	<input type="checkbox"/> 左記以外			続柄	妻	78歳				
介護力*	<input type="checkbox"/> 介護力が見込める <input type="checkbox"/> 十分 <input type="checkbox"/> 一部			<input checked="" type="checkbox"/> 介護力は見込めない <input type="checkbox"/> 支援者はいない							
家族や同居者等による虐待の疑い	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 詳細：										
ケアマネジャーとしての意見・思い	<div style="border: 2px solid red; padding: 5px; display: inline-block;">病院側が知りたい情報です。できるだけご記入ください</div>										
	高齢者と言っても年齢はまだ70代であり、本人の意欲もあるため、地域での生活を支援していきたい。									退院前カンファレンス <input checked="" type="checkbox"/> 希望あり 具体的な要望： 本人の回復度、生活の中の注意事項の確認	

6 身体・生活機能の状況／療養生活上の課題について						
麻痺の状況		<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中度 <input checked="" type="checkbox"/> 重度		褥瘡の有無		<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり:部位:
ADL ※選択肢 自立 見守り 一部介助 全介助	移動	自立		全介助の場合	室内	<input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他
	移乗	自立			室外	<input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他
	更衣	自立		食事	自立	
	整容	自立		排尿	自立	
	入浴	自立		排便	自立	
食事内容		回数	3回/日	食形態区分	<input type="checkbox"/> かまなくてもよい <input type="checkbox"/> 舌でつぶせる <input type="checkbox"/> 歯茎でつぶせる <input checked="" type="checkbox"/> 容易にかめる	
		形態	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> きざみ <input type="checkbox"/> 嚥下障害食 <input type="checkbox"/> ミキサー	口腔の清潔	<input checked="" type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良 <input type="checkbox"/> 不明	
		摂取方法	<input checked="" type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経管栄養	水分制限	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明	
口腔	嚥下機能	<input checked="" type="checkbox"/> むせない <input type="checkbox"/> 時々むせる <input type="checkbox"/> 常にむせる		義歯	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり(部分) 一部	
夜間睡眠の状態		<input checked="" type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難あり <input type="checkbox"/> 問題あり		眠剤の使用	<input type="checkbox"/> 夜間 <input type="checkbox"/> 常時	
コミュニケーション能力 ※プルダウン	視力	問題なし		眼鏡	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
	聴力	問題なし		補聴器 <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		
	言語	問題なし		コミュニケーションに関する特記事項		
	意思疎通	問題なし				
精神面における療養上の問題		<input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり			
			<input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 焦燥・不穏 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 暴力/攻撃性			
			<input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 危険行為			
			<input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> その他()			
疾患歴		<input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり			
			<input type="checkbox"/> 悪性腫瘍 <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 急性呼吸器感染症 <input type="checkbox"/> 脳血管疾患			
			<input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> その他()			
入院歴	最近半年	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		理由:	期間:	<input type="checkbox"/> 不明
	入院頻度	<input type="checkbox"/> 頻度は高い/繰り返している <input type="checkbox"/> 頻度は低いがこれまでもある <input type="checkbox"/> 今回が初めて				
入院前に実施している医療処置		<input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり			
			<input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 胃ろう			
			<input type="checkbox"/> 経鼻栄養 <input type="checkbox"/> 尿道カテーテル <input type="checkbox"/> 消化管ストーマ <input type="checkbox"/> 褥瘡処置			
			<input type="checkbox"/> 痛みのコントロール(鎮痛剤の使用) <input type="checkbox"/> 排便コントロール(下剤の使用)			
			<input type="checkbox"/> 自己注射 <input type="checkbox"/> その他()			
7 お薬について ※必要に応じて「お薬手帳(コピー)」を添付						
内服薬	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり		居宅療養管理指導	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		職種
薬剤管理	<input type="checkbox"/> 自己管理 <input checked="" type="checkbox"/> 他者による管理		管理者	妻		管理方法
服薬状況	<input type="checkbox"/> 処方通り服用 <input checked="" type="checkbox"/> 時々飲み忘れ <input type="checkbox"/> 飲み忘れが多い/処方が守られていない <input type="checkbox"/> 服薬拒否					
	特記事項 自分でも服薬管理はできるが、長年、妻が管理をしていた習慣がある。					
8 かかりつけ医について						
かかりつけ医療機関名	〇〇クリニック			電話番号	●●●-●●●-●●●●	
医師名	フリガナ 〇〇 〇〇〇〇			診察方法 頻度	<input checked="" type="checkbox"/> 通院	
	〇〇 〇〇 医師				<input type="checkbox"/> 訪問診療	
					1回/月	
					回/月	

送付先

事業所名

御中

令和

年

月

日

担当

ケアマネジャー

様

*太枠は、プルダウンにて選択入力ができます。

患者氏名	フリガナ	性別	生年月日	年	月	日
	退院時 介護認定	介護度	<input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 未申請			
1 今 回 の 入 院 概 要 と 状 況	入院・入所期間	入院日： 年 月 日 ~ 退院（予定）日： 年 月 日				
	入院疾患・目的	主治医				
	入院中の経過					
	移動	<input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 杖使用 <input type="checkbox"/> 歩行器使用 <input type="checkbox"/> 装具・補助具使用				
	移乗	更衣	<input type="checkbox"/> 腔清潔			
	食事	<input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 治療食 <input type="checkbox"/> 糖尿病食 <input type="checkbox"/> 高血圧食 <input type="checkbox"/> 腎臓病食				
		内容指示	(kcal/日) (塩分 g/日) (たんぱく制限 g/日)			
	排泄	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> パット <input type="checkbox"/> リハビリパンツ				
	入浴	入浴制限	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 種類 <input type="checkbox"/> 浴槽 <input type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> 清拭 <input type="checkbox"/> その他			
	睡眠	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良	眠剤使用	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 服薬管理		
	精神症状 認知症状	<input type="checkbox"/> なし 認知症状 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり				
		周辺症状 <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 不穏 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> 不眠				
		<input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 意思疎通困難 <input type="checkbox"/> 徘徊				
2 本 人 や 家 族 の 受 け 止 め ・ 意 向	【本人】 病気・障害・状態等 の受け止め方	本人への病名の告知	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			
	退院後の生活への 意向・要望					
	【家族他】 病気・障害・状態等 の受け止め方					
	退院後の生活への 意向・要望					
	入院中気になった エピソード、本人や 家族の言動					
	キーパーソン	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	氏名	続柄	電話	
		特記事項				

送付先 事業所名 ○○居宅介護支援事業所 御中
 担当 ケアマネジャー ○○ ○○ 様

令和●年 ● 月 ● 日

*太枠はプルダウンにて入力内容が選択できます。

※選択肢：男 女

※選択肢
明治 大正 昭和 平成

患者氏名	フリガナ オオサト タロウ	性別	男	生年月日	昭和 ●年 ●月 ●日
	大里 太郎	退院時 介護認定	介護度	要支援1	<input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 未申請
入院・入所期間	入院日：令和●年 ●月 ●日 ~ 退院（予定）日：令和●年 ●月 ●日				
入院疾患・目的	左大腿骨頸部骨折			主治医	澁澤 栄二
入院中の経過	当初は疼痛と慣れない生活にいら立ちがあったが、手術後は回復経過とともに落ち着き、病棟での問題はなかった。手術後の経過は良好である。下筋力の低下がある。				
移動	一部介助	<input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 杖使用 <input type="checkbox"/> 歩行器使用 <input type="checkbox"/> 装具・補助具使用			
移乗	見守り	更衣	見守り	<input type="checkbox"/> 腔清潔	一部介助
食事	自立	<input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 治療食 <input type="checkbox"/> 糖尿病食 <input type="checkbox"/> 高血圧食 <input checked="" type="checkbox"/> 腎臓病食			
		内容指示	(kcal/日) (塩分 g/日) (たんぱく制限 g/日)		
排泄	見守り	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> パット <input type="checkbox"/> リハビリパンツ			
入浴	一部介助	入浴制限	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	種類	<input type="checkbox"/> 浴槽 <input type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> 清拭 <input type="checkbox"/> その他
睡眠	<input checked="" type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良	眠剤使用	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	服薬管理	一部介助
精神症状 認知症状	<input checked="" type="checkbox"/> なし	認知症状	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		
	周辺症状 <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 不穏 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 意思疎通困難 <input type="checkbox"/> 徘徊				
2 本人 や家族 の受け 止め 意向	【本人】 病気・障害・状態等の受け止め方	本人への病名の告知	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
	退院後の生活への意向・要望	骨折前より、行動制限があるが受け入れている。退院を楽しみにしているが、妻に負担をかけるのではないかと心配している。			
	【家族他】 病気・障害・状態等の受け止め方	自分たちに介護ができるか心配である。			
	退院後の生活への意向・要望	ACPにつながる情報です。できるだけご記入ください 本人のやる気を尊重したい。家に引きこもらないようにしてほしい。介護保険の利用。			
	入院中気になったエピソード、本人や家族の言動	本人「妻の介護負担が増える。」、妻「自分も体力に自信がない。」 長女「育児と介護は大変だ。」			
キーパーソン	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	氏名	埼玉 A子	続柄	長女
	特記事項	妻は高齢で自身のことで精一杯。市内に住む長女が支援を行う意思あり。			

ケアプラン作成のための医師とケアマネ連携・連絡票（介護保険）

【ケアマネ記入欄】

医療機関名 _____ 御中	事業所 所在地 TEL _____ FAX _____ ケアマネジャー
主治医 _____ 先生	

下記の利用者につきまして、主治医のご指導・ご意見を頂きたくお願い申し上げます。
尚、情報提供への利用者本人・家族の同意を、介護支援事業所及び介護支援専門員が頂いております。

氏名		介護度	申請中・要支援 1 2 要介護 1 2 3 4 5
住所		電話	
生年月日	明 大 昭 年 月 日 (歳)		男・女
照会目的	<input type="checkbox"/> 医療系サービスを導入するにあたり、主治医の意見・助言などについて		
	<input type="checkbox"/> 福祉用具貸与(購入)について、医師からの医学的意見について		
	<input type="checkbox"/> サービス担当者会議における医学的意見について		
	<input type="checkbox"/> 利用者の病状・日常生活における医学的意見・指示について		
	<input type="checkbox"/> その他(_____)		
<相談・意見内容等>			

【医師記入欄】

*この連絡票での回答は、診療情報提供料の算定はできません

回答方法	<input type="checkbox"/>	FAXで回答します。	<input type="checkbox"/>	取りに来てください。
	<input type="checkbox"/>	郵送します。	<input type="checkbox"/>	その他 _____
照会目的 相談に対する 回答欄	サービス担当者会議に <input type="checkbox"/> 参加 <input type="checkbox"/> 欠席			

上記のとおり連絡いたします。

主治医：
(署名)

令和 年 月 日