

記入者: _____ 職種: _____ ⇒ 連絡先: _____ 先生

医療・介護連携シート ICT版 (縦パス)

作成日 年 月 日

フリガナ		性別	住所		生年月日		年齢			
氏名	様				年	月	日			
			電話番号						歳	
今回の連絡要旨										
治療中の病気・既往症										
最近の入院・入所歴	病院・診療所・施設等名		期間		入院・入所の目的					
受診中の医療機関名										
要介護度	有効期間	年	月	日	～	年	月	日	日常生活自立度	認知症高齢者の日常生活自立度
障害者手帳等	級		障害名 ()							
感染症の有無	HBs-Ag	HCV-Ab	TPHA	MRSA	その他 ()					
アレルギーの有無	(薬剤:)		食物:)		その他:)					
身体状況	麻痺	右上肢	左上肢	右下肢	左下肢	四肢欠損	()			
	筋力低下	右上肢	左上肢	右下肢	左下肢	嚥下障害	()			
	その他	失語	難聴	視力障害		身長	cm	体重	kg	
認知症中核症状	日常生活において、「短期記憶」		「意思決定」		「伝達能力」					

経過概略(サマリー添付でも可)

ADL等の状況

薬	服薬			排泄	尿意		[回数: 回/日]		
	自己管理				方法				
食事(栄養)	動作			便	動作				
	方法				便意		[回数: 日 回]		
	内容	主食			方法				
		副食			動作				
	熱量		kcal	タンパク質		g	塩分		g
口腔ケア	形態			入浴	方法				
	動作				補助具				
	義歯	上:			下:				
夜間睡眠	残存歯数			移動・移乗	移動動作				
	状況				移乗動作				
	せん妄			褥瘡	有無		[部位]		
					体位変換		(時間毎)		

IADLの状況

調理			買い物		
片付け			金銭管理		
掃除			電話対応		
洗濯			通院(外出)		