

医療・介護連携シート(縦パス)

【作成日】平成 年 月 日

フリガナ			性別	住 所		生 年 月 日	年齢		
氏 名	様	☐ 男	電話番号		☐ M	☐ T	☐ S	☐ H	歳
		☐ 女			生				
入院日	入院日 年 月 日				退院(予定)日 年 月 日				
要介護度	☐ 申請中 要支援 ☐ 1 ☐ 2 要介護 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5				有効期間 年 月 日 ~ 年 月 日				
障害者手帳等	☐ なし ☐ あり () 級 障害名()								

入院・入所にかかわる病名(又は症状)										
併存症 既往歴・感染症の有無	☐ 高血圧	☐ 心疾患()					HBs-Ag	☐ 陽性	☐ 陰性	☐ 不明
	☐ 糖尿病	☐ 結核					HCV-Ab	☐ 陽性	☐ 陰性	☐ 不明
	☐ 精神疾患()					TPHA	☐ 陽性	☐ 陰性	☐ 不明	
	☐ 呼吸器疾患()					MRSA	☐ 陽性	☐ 陰性	☐ 不明	
アレルギーの有無	☐ なし ☐ あり (原因: 症状:) その他()									
身体状況	四肢欠損	☐ なし ☐ あり [部位 : ☐ 右上肢 ☐ 右下肢 ☐ 左上肢 ☐ 左下肢 ☐ その他()]								
	麻痺	☐ なし ☐ あり 右: 上肢[☐ 軽 ☐ 中 ☐ 重] 下肢[☐ 軽 ☐ 中 ☐ 重] 左: 上肢[☐ 軽 ☐ 中 ☐ 重] 下肢[☐ 軽 ☐ 中 ☐ 重]								
	筋力低下	☐ なし ☐ あり 右: 上肢[☐ 軽 ☐ 中 ☐ 重] 下肢[☐ 軽 ☐ 中 ☐ 重] 左: 上肢[☐ 軽 ☐ 中 ☐ 重] 下肢[☐ 軽 ☐ 中 ☐ 重]								
	嚥下障害	☐ なし ☐ あり [☐ 咀嚼 ☐ 咽頭への送り込み ☐ 咽頭期 ☐ その他()] ☐ 不明								
	その他	[失語: ☐ なし ☐ あり ☐ 不明] [難聴: ☐ なし ☐ あり] [視力障害: ☐ なし ☐ あり]								
日常生活自立度等	障害高齢者の日常生活自立度 ☐ 自立 ☐ J1 ☐ J2 ☐ A1 ☐ A2 ☐ B1 ☐ B2 ☐ C1 ☐ C2 認知症高齢者の日常生活自立度 ☐ 自立 ☐ I ☐ IIa ☐ IIb ☐ IIIa ☐ IIIb ☐ IV ☐ M									
認知症中核症状	日常生活において、[短期記憶 ☐ 支障なし ☐ 支援を要す] [意思決定 ☐ 支障なし ☐ 支援を要す] [伝達能力 ☐ 支障なし ☐ 支援を要す]									

これまでの経過 (詳細は看護要約等、別紙添付でも可)

ADL等の状況			特記事項		
薬	服薬	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助			
	自己管理	☐ 可 ☐ 不可			
食事(栄養)	方法	☐ 経口 ☐ 経管 ☐ 中心静脈			
	動作	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助			
	内容	主食: ☐ 米飯 ☐ おかゆ ☐ その他()			
		副食: ☐ 常菜 ☐ 軟菜 ☐ その他()			
		熱量 kcal たんぱく質 g 塩分 g			
形態	☐ 普通 ☐ ひと口大 ☐ きざみ ☐ ペースト				
口腔ケア	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助				
	義歯 上: [☐ あり ☐ なし] 下: [☐ あり ☐ なし]				
	残存歯数: ☐ 20本以上 ☐ 19~10本 ☐ 9~0本				
排泄	尿	尿意	☐ あり ☐ なし [排尿回数: 回/日]		
		方法	☐ トイレ ☐ ポータブル ☐ 尿器 ☐ ストマ ☐ カテーテル ☐ 布パンツ ☐ 尿取りパット ☐ リハビリパンツ ☐ おむつ		
		動作	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助		
	便	便意	☐ あり ☐ なし [排便回数: 日 回]		
		方法	☐ トイレ ☐ ポータブル ☐ 便器 ☐ ストマ ☐ おむつ		
		動作	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助		
入浴	方法	☐ 一般浴 ☐ 監視浴 ☐ 介助浴 ☐ 機械浴 ☐ その他()			
	洗身	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助			
移動・移乗	補助具	☐ なし ☐ () 杖 ☐ () 歩行器 ☐ 車いす			
	移動動作	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助			
	移乗動作	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助			
夜間睡眠	状況	☐ 良 ☐ 不良			
	せん妄	☐ なし ☐ あり			
褥瘡	☐ なし ☐ 既往あり ☐ あり(部位)				
	体位変換 : ☐ 不要 ☐ 要() 時間毎				

記入者:

職種:

⇒

連携先:

様

シート②

No.1

医療・介護連携シート(横パス)

作成日

年

月

日

フリガナ	性別	住 所	生 年 月 日	年齢
氏 名	男 女	電話番号	M T S H 生	歳
今回の連絡要旨				
治療中の 病気・既往症	☐ 高血圧 ☐ 糖尿病 ☐ 心疾患 ☐ 呼吸器疾患 ☐ 結核 ☐ 精神疾患			
最近の 入院・入所歴	施設名	期間	入院・入所の目的	
受診中の 医療機関名				
要介護度	☐ 申請中 要支援 ☐ 1 ☐ 2 要介護 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 有効期間 年 月 日 ~ 年 月 日			
障害者手帳等	☐ なし ☐ あり () 級 障害名 ()			
感染症の有無	HBs-Ag ☐ 陽性 ☐ 陰性 ☐ 不明 HCV-Ab ☐ 陽性 ☐ 陰性 ☐ 不明 ☐ その他 () TPHA ☐ 陽性 ☐ 陰性 ☐ 不明 MRSA ☐ 陽性 ☐ 陰性 ☐ 不明			
アレルギーの有無	☐ なし ☐ あり (薬剤: 食物: その他:)			
身体 状 況	四肢欠損	☐ なし ☐ あり [部位 ☐ 右上肢 ☐ 右下肢 ☐ 左上肢 ☐ 左下肢 ☐ その他 ()]		
	麻痺	☐ なし ☐ あり 右: 上肢 [☐ 軽 ☐ 中 ☐ 重] 下肢 [☐ 軽 ☐ 中 ☐ 重] 左: 上肢 [☐ 軽 ☐ 中 ☐ 重] 下肢 [☐ 軽 ☐ 中 ☐ 重]		
	筋力低下	☐ なし ☐ あり 右: 上肢 [☐ 軽 ☐ 中 ☐ 重] 下肢 [☐ 軽 ☐ 中 ☐ 重] 左: 上肢 [☐ 軽 ☐ 中 ☐ 重] 下肢 [☐ 軽 ☐ 中 ☐ 重]		
	嚥下障害	☐ なし ☐ あり [☐ 咀嚼 ☐ 咽頭への送り込み ☐ 咽頭期 ☐ その他 ()] ☐ 不明		
	その他	[失語: ☐ なし ☐ あり ☐ 不明] [難聴: ☐ なし ☐ あり] [視力障害: ☐ なし ☐ あり]		
日常生活自立度等	障害高齢者の日常生活自立度 ☐ 自立 ☐ J1 ☐ J2 ☐ A1 ☐ A2 ☐ B1 ☐ B2 ☐ C1 ☐ C2 認知症高齢者の日常生活自立度 ☐ 自立 ☐ I ☐ IIa ☐ IIb ☐ IIIa ☐ IIIb ☐ IV ☐ M			
認知症中核症状	日常生活において、[短期記憶 ☐ 支障なし ☐ 支援を要す] [意思決定 ☐ 支障なし ☐ 支援を要す] [伝達能力: ☐ 支障なし ☐ 支援を要す]			

在宅生活の経過概略

ADL等の状況		特記事項
薬	服薬	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助
	自己管理	☐ 可 ☐ 不可
食事 (栄養)	動作	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助
	方法	☐ 経口 ☐ 経管 ☐ 中心静脈
	内容	主食: ☐ 米飯 ☐ おかゆ ☐ その他 ()
		副食: ☐ 常菜 ☐ 軟菜 ☐ その他 ()
	形態	熱量 kcal たんぱく質 g 塩分 g
口腔ケア		☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助
		義歯 上: [☐ あり ☐ なし] 下: [☐ あり ☐ なし]
		残存歯数 ☐ 20本以上 ☐ 19~10本 ☐ 9~0本
排泄	尿	尿意 ☐ あり ☐ なし [排尿回数: 回/日]
		方法 ☐ トイレ ☐ ポータブル ☐ 尿器 ☐ ストマ ☐ カテーテル
		☐ 布パンツ ☐ 尿取りパット ☐ リハビリパンツ ☐ おむつ
	便	動作 ☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助
		便意 ☐ あり ☐ なし [排便回数: 日 回]
		方法 ☐ トイレ ☐ ポータブル ☐ 便器 ☐ ストマ ☐ おむつ
入浴	動作 ☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助	
	方法 ☐ 一般浴 ☐ 監視浴 ☐ 介助浴 ☐ 機械浴 ☐ その他 ()	
移動・ 移乗	補助具	☐ なし ☐ () 杖 ☐ () 歩行器 ☐ 車いす
	移動動作	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助
	移乗動作	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助
夜間 睡眠	状況	☐ 良 ☐ 不良
	せん妄	☐ なし ☐ あり
褥瘡		☐ なし ☐ 既往あり ☐ あり (部位)
		体位変換: ☐ 不要 ☐ 要 () 時間毎

実施中の医療的処置と留意事項	☐ 中心静脈栄養 [部位:]	☐ 酸素療法 [安静時: L, 労作時:]					
	☐ 自己注射 [種類:]	☐ 吸引 [回数 回/日]					
	☐ 疼痛管理 [種類:]	☐ 気管カニューレ [サイズ(Fr)]					
	☐ 人工肛門 [種類:]	☐ 人工呼吸器 [種類] [使用状況: ☐ 常時 ☐ 夜間のみ ☐ その他()]					
	☐ 尿カテーテル等 (No.1 排泄の項参照)	☐ その他 ()					
サービス提供時における留意事項	(必要性の高いものにチェックをして下さい)						
	・血圧 ☐ 特になし ☐ あり ()	・移動 ☐ 特になし ☐ あり ()					
	・摂食 ☐ 特になし ☐ あり ()	・運動 ☐ 特になし ☐ あり ()					
	・嚥下 ☐ 特になし ☐ あり ()	・福祉用具 ☐ 特になし ☐ あり (* 下記意見欄に詳細のご記入ください)					
医学的管理留意事項	(必要性の高いものにチェックをして下さい)						
	☐ 訪問診療 ☐ 訪問看護 ☐ 看護職員の訪問による相談・支援 ☐ 訪問歯科診療						
	☐ 訪問薬剤管理指導 ☐ 訪問リハビリテーション ☐ 短期入所療養介護 ☐ 訪問歯科衛生指導						
	☐ 訪問栄養食事指導 ☐ 通所リハビリテーション ☐ その他の医療系サービス ()						
医療・介護サービス利用状況	月	火	水	木	金	土	日
	午前						
	午後						
	備考						
生育歴・生活歴 (今回の入院まで)			疾病体験の与えた影響・役割の変化				
本人の願い・望む生活			家族の願い・役割への期待				
主治医/在宅チームの導いた実現可能な目標設定	家族構成図					キーパーソン名	
		転記先 (☐ 在宅 ☐ 施設 ☐ 転院)				TEL 主な介護者	

関係職種からの意見

記載日/職種名	留意内容(疾患管理・ケア・継続依頼したいこと等)
平成 年 月 日 職種[] 職種[] 宛	
平成 年 月 日 職種[] 職種[] 宛	
平成 年 月 日 職種[] 職種[] 宛	
平成 年 月 日 職種[] 職種[] 宛	
平成 年 月 日 職種[] 職種[] 宛	
平成 年 月 日 職種[] 職種[] 宛	

記入者の医療機関/事業所名	医師 氏名		PT 氏名		薬剤師 氏名	
	看護師 氏名		OT 氏名		管理栄養士 氏名	
	MSW ケアマネ 氏名		ST 氏名		その他担当 者(職種)	
TEL:	FAX:					