|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 記載日　　 年　　 月　　日  **連携時(****入院時****退院時****その他)情報共有シート**  **◎未確認部分は記入不要（わかる部分のみ記入）** | | | | | | | | | | | |
| **フリガナ** | |  | | | | | | **ID：** | | | |
| **本人氏名** | | 男　 女 | | | | | | **生年月日（西暦）**  　年　　 月　　 日（　　　才） | | | |
| **本人現住所** | | 〒　　　　 － | | | | | | 独居 日中独居 高齢者のみの世帯 その他(　　　　　　　　　　 ) | | | |
| **TEL** | | 自宅 (　　　　　)　　　　 － | | | 携帯 (　　　　　)　　　　　　－ | | | | | | |
| **入院・在宅医療期間** | | 入院　　年　 月　　日～　年　　月　　日 | | | 在宅　　年　　月　　日～　　年　　月　　日 | | | | | | |
| **施設・事業所**  **医療機関名** | |  | | | **記載者名** | | | | 職種  　　年　　月より担当 | | |
| **施設・事業所**  **医療機関住所** | | 〒 　　　－ 　　　　　　　　　　　　　 TEL (　　　 )　　　 ―  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 FAX (　　　 )　　　 ― | | | | | | | | | |
| **連絡先①**  **(キーパーソン)**  **未確認** | | 氏名：  配偶者 子 兄弟姉妹 親 その他(　　　　　　　) | | | | | | | **本人の家族構成**  主介護者(　　　　　　　　　　　 ) | | |
| 自宅(　　 )　　 －　　　　携帯(　　 )　　　－ | | | | | | |
| **介護者** | **健康状態** | 不明　良 普通 不良 病名等( 　　) | | | | | | |
| **介護力** | 不明　 十分 普通 やや不安 期待できない | | | | | | | ・  **本人の既往歴** 　 未確認 なし  ・  ・  ・  例：2023年11月　心筋梗塞 | | |
| **本人との**  **関係性** | 良 普通 不良　 特記事項（　　　　　 　 　　　） | | | | | | |
| **連絡先②**  **未確認** | | 氏名：  配偶者 子 兄弟姉妹 親 その他(　　　　　　) | | | | | | |
| 自宅(　　 )　　　－　　　　携帯(　　 )　　　－ | | | | | | |
| **介護者** | **健康状態** | 不明　良 普通 不良　病名(　　　　　　　　　 　) | | | | | | |
| **介護力** | 不明 十分 普通 やや不安 期待できない | | | | | | |
| **本人との**  **関係性** | 良 普通 不良　特記事項（　　　　　 　 　 　　） | | | | | | |
| **患者経済状況**  **未確認** | | 年金生活 生活保護 現在就業中 その他( 　 )  ・今の経済状態　 余裕あり 普通 あまり余裕がない 困窮 | | | | | | | | | |
| **介護保険** | | 総合事業対象者　　・要支援(  1　 2 )　　・要介護(  1　 2　 3　 4  5 )  未申請 新規申請中　　 　 区分変更中  有効期間　　 　年　　月　　日～　　 年　　 月　　 日 ・自己負担割合(1割 2割 3割 ) | | | | | | | | | |
| **サービス利用**  未確認  なし  利用予定 | | デイサービス(　　 回／週)　 訪問介護(　　回／週)  訪問看護(　　回／週) 事業所名( )  通所リハ(　　回／週) 　　 訪問リハ(　　回／週)  ショートステイ(　　日／月) 　訪問入浴(　　回／週)  その他のサービス | | | | | | | **福祉用具：** ベッド エアマット  車椅子　 歩行器　 手すり  シャワーチェア ポータブルトイレ  その他(　　　　　　　　　　　　)  **住宅改修：** あり　 なし | | |
|  | | | | | | |  | | |
| **かかりつけ医**  未確認  なし  2024年4月改訂　　　　　　　　　　　　　＊このシートは患者、家族の同意を得て提供しています　1/2 | | 医療機関名(　　　　　　　　 ) 診療科(　　　　　　　 )  主治医名(　　　　　　　　　)　・訪問診療 あり　なし | | | | | | | TEL (　　　)　　　 －  FAX (　　　)　　　 － | | |
| **医療処置**  **未確認**  **なし** | | ・中心静脈栄養(ポート あり なし)・経管栄養( 経鼻 胃ろう 腸ろう) 点滴・注射  人工呼吸器(NPPV含む)　 吸引　 在宅酸素療法(　　L/分)　 尿道カテーテル　 自己導尿  腎ろう・ストマケア( 自己　 家族　 看護師) 褥瘡処置 フットケア 人工透析通院  がん性疼痛管理(医療用麻薬)　 血糖測定 インスリン注射 その他(　　　　　　　　　 　 ) | | | | | | | | | |
| **ADL** | | 自立(交通機関を利用して外出)　 ほぼ自立(近隣なら外出可能)　 準寝たきり(外出には介助が　　必要、日中は寝たり起きたり)　 寝たきり1 ( 車椅子移動 )　 寝たきり2 ( ストレッチャー移動 ) | | | | | | | | | |
| **日常生活状況** | | **食事** | 自立セッティング見守り一部介助 全介助　 　食事時のむせ(あり　なし) | | | | | | | | |
| 普通食　 おにぎり　 軟飯　 きざみ　 ミキサー　 とろみ　 経管 | | | | | | | | |
| **服薬管理** | 可能 ・困難 飲み忘れ 飲み過ぎ その他( ) | | | | | | | | |
| **排泄** | 自立　見守り　一部介助　全介助 | | | 紙おむつ　 紙パンツ　 尿器  尿道カテーテル　　 自己導尿　 腎ろう | | | | | |
| ・排泄感覚　( あり　 なし)　 トイレ　 ポータブルトイレ　 ストマ | | | | | | | | |
| **移動** | 自立　 見守り 一部介助　 全介助 | | | | | | | | |
| 杖　歩行器 車椅子 その他( 　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　 ) | | | | | | | | |
| **清潔** | 自立　 見守り 一部介助　 全介助 | | | | | | | | |
| デイ･施設 訪問入浴 訪問介護 訪問看護 | | | | | | | 入浴 シャワー 清拭 | |
| **更衣** | 自立　 見守り 一部介助　 全介助 | | | | | | | | |
| **口腔ケア** | 自立　 見守り 一部介助　 全介助　 していない | | | | | | | | |
| **身体状況** | | **麻痺** | 右上肢 左上肢 右下肢 左下肢 | | | | **発語** | | | 正常　 失語症　 構音障害 | |
| **視覚** | ふつう  1m先可 目の前可ほぼ見えない | | | | **意思疎通** | | | 正常 やや困難 困難 | |
| **聴覚** | ・右( 正常 大声でOK ほとんど聞こえない) ・左( 正常 大声でOK ほとんど聞こえない) | | | | | | | | |
| **義歯** | ・あり ( 部分義歯 総義歯 ) なし | | | | **障がい者手帳** | | | | あり なし 申請中 |
| **認知症** | | 認知症高齢者の日常生活自立度 | | 自立　　・　 Ⅰ　 Ⅱ　 Ⅲ　 Ⅳ　  M | | | | | | | |
| ・認知症の周辺症状 ( BPSD )　 あり ( ※下記より 複数選択可 )　　　 なし  介護への抵抗 暴力・暴言徘徊被害妄想不潔行為その他(　 　 ) | | | | | | | | | |
| 専門医の診断あり→病名(　　　　　　　　　　 　 　)医療機関名( 　　　　　 　　 　) 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 専門医の診断なし→理由受診拒否家族が非協力主治医が認知症薬を処方その他(　　 ) | | | | | | | | | |
| **特記事項** | | | | | | | | | |
| **病名告知(本人)** | | ・病名告知(受けている受けていない不明) ・予後告知(受けている受けていない不明) | | | | | | | | | |
| **今後の方針**  **本人の**  **価値観と希望**  大阪府人生会議 | | **「人生会議（ACP）」( 人生の最終段階における医療・ケアについて、家族等や医療ケアチームと繰り返し話し合う取り組み ) について**  おこなった　 おこないたい　 おこなっていない　 おこなえない | | | | | | | | | |
| **代理意思決定者：続柄（　　　　　　　　　　　　　　　　　　）** | | | | | | | | | |
| 一日でも長く生きられるような治療を受けたい  病気を治すことを目指してどんな治療でも受けたい  苦痛を和らげることやこれまでの暮らしを大切にした治療を受けたい  その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  ・施設希望(決定済選定中) ・入院希望(病院緩和)転院希望在宅希望検討中不明  ・本人の思い( 在宅 施設 迷っている 本人が話し合える状況にない)  ・家族の思い( 在宅 施設 迷っている 不明) | | | | | | | | | |
| **特記すべき事項**  2024年4月改訂　　　　　　　　　＊このシートは患者、家族の同意を得て提供しています　2/2- | |  | | | | | | | | | |