

はこだて医療・介護連携サマリー【基本ツール】(試験運用Ver. 2 H29.10.26改訂)

試験運用版
(平成29年11月付)

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

● 基本情報等

(フリガナ) 氏名	生年・性別等	生活保護	障害等認定	療育	特定疾患	身障(級)	精神(級)
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	戸建(階) 集合住宅(階) ※エレベータ	有	無	医療保険種類	健康保険	国民健康保険	後期高齢者
要介護度	認定有効期間	平成 年 月 日	障害高齢者日常生活自立度(寝たきり度)	認知症高齢者日常生活自立度			
同居家族	無	配偶者	子	子の配偶者	兄弟姉妹	その他	
連絡先①	続柄	同居	別居	電話	関係	主介護者	キーパーソン
連絡先②	続柄	同居	別居	電話	関係	主介護者	キーパーソン

● 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	平成 年 月 日	入院時	入院中	退院時	地域生活期	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	幻覚・妄想	昼夜逆転	介護への抵抗	抑うつ・不安	徘徊	その他	()
食事摂取	*食形態 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> 嚥下障害食 <input type="checkbox"/> ミキサー	水分ロミ	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有					
口腔	*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					
排泄	*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					
衣服の着脱	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	トイレ使用	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 夜間 <input type="checkbox"/> 常時					
入浴(保清等)	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	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 夜間 <input type="checkbox"/> 常時					
*特別な医療等	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					
*特別な医療等	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							
	<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⑬ 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"/> その他 (応用ツール⑱ 作成)						
	<input type="checkbox"/> 経管栄養 (応用ツール⑨ 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	<input type="checkbox"/> 通所サービス <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"/> その他	()					
*介護上、特に注意すべき点等	([有]の場合応用ツール⑱ 作成) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	*介護・看取りに関する本人・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⑩を作成下さい。

本サマリーの記入者

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②】在宅⇒病院用（試験運用Ver. 2 H29.10.26改訂）

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

試験運用版
(平成29年11月
付)

氏名	
----	--

医療・ 介護サ ービス 利用状 況	週間スケジュール							
		月	火	水	木	金	土	日
	AM							
	PM							
	備考							

	サービス内容	サービス提供事業者・担当者	主なサービス内容等
<input type="checkbox"/>	①訪問診療		
<input type="checkbox"/>	②訪問歯科診療		
<input type="checkbox"/>	③訪問看護		
<input type="checkbox"/>	④訪問介護		
<input type="checkbox"/>	⑤訪問入浴		
<input type="checkbox"/>	⑥訪問リハ		
<input type="checkbox"/>	⑦通所リハビリ		
<input type="checkbox"/>	⑧通所介護		
<input type="checkbox"/>	⑨ショートステイ		
<input type="checkbox"/>	⑩住宅改修		
<input type="checkbox"/>	⑪福祉用具		
<input type="checkbox"/>	⑫他()		
<input type="checkbox"/>	⑬他()		

生育歴・ 生活歴	
-------------	--

家族構 成図		連絡先		氏名	続柄	関係	連絡先		
			1	(住所)					
				(備考・携帯番号等)					
				就労状態			健康状態		
			2	(住所)					
				(備考・携帯番号等)					
				就労状態			健康状態		
			3	(住所)					
				(備考・携帯番号等)					
				就労状態			健康状態		

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① 付帯情報管理

【基本ツール】の他に必要情報として以下を添付致します。

1. 氏名 _____ 生年月日 _____

2. 情報提供時に添付する書類 (該当するものに☑)

① 診療情報提供書

枚数 () 枚

備考 ⇒

② 看護サマリー

枚数 () 枚

備考 ⇒

③ リハビリテーションサマリー

枚数 (1) 枚

備考 ⇒

④ フェイスシート

枚数 () 枚

備考 ⇒

⑤ その他

文書名 ⇒

枚数 () 枚

備考 ⇒

文書名 ⇒

枚数 () 枚

備考 ⇒

作成者 所属 _____ 記入者 _____
ツール管理者 所属 _____ 氏名 _____

応用ツール② 褥瘡管理

試験運用版

(平成29年11月
付)

1. 氏名 _____ 生年月日 _____

2. 治療医療機関 _____ ・担当医 _____

3. 自己管理能力 (該当するものに☑)

1) 自己管理可

2) 一部介助

3) 全面介助 (介助者 _____)

* 家族等の介助状況⇒ 可能 不完全 不可能

* 特記事項(_____)

4. 褥瘡① _____ ・位置(_____)

・ DESIGN-R [®] 褥瘡経過評価	
・Depth (深さ) →(_____)	Granulation (肉芽組織) →(_____)
・Exudate(滲出液) →(_____)	Necrotic tissue (壊死組織) →(_____)
・Size (大きさ) →(_____)	Pocket (ポケット) →(_____)
・Inflammation/Infection (炎症/感染) →(_____)	
・ 現在の使用薬剤および投与量	
<input type="text"/>	
・ 消毒薬・ドレッシング材の種類・数	
<input type="text"/>	
～ 上記薬剤および材料の要継続期間 (推定)	
・ 使用器具・提供数(*バック療法がある場合記載)	
<input type="text"/>	
～ 上記使用器具の要継続期間 (推定)	
・ 褥瘡処置回数 →	

褥瘡② _____ ・位置(_____)

・ DESIGN-R [®] 褥瘡経過評価	
・Depth (深さ) →(_____)	Granulation (肉芽組織) →(_____)
・Exudate(滲出液) →(_____)	Necrotic tissue (壊死組織) →(_____)
・Size (大きさ) →(_____)	Pocket (ポケット) →(_____)
・Inflammation/Infection (炎症/感染) →(_____)	
・ 現在の使用薬剤および投与量	
<input type="text"/>	
・ 消毒薬・ドレッシング材の種類・数	
<input type="text"/>	
～ 上記薬剤および材料の要継続期間 (推定)	
・ 使用器具・提供数(*バック療法がある場合記載)	
<input type="text"/>	
～ 上記使用器具の要継続期間 (推定)	
・ 褥瘡処置回数 →	

5. その他(褥瘡の状態変更時の対応方法等)

作成者 所属 _____ 記入者 _____
ツール管理者 所属 _____ 氏名 _____

応用ツール③ 認知症管理

1. 氏名 _____ 生年月日 _____

2. 認知症の原因疾患 (該当するものに☑)

- ① アルツハイマー型認知症
 ② 脳血管性認知症
 ③ レビー小体型認知症
 ④ 前頭側頭型認知症

3. 認知症の症状 (該当するものに☑と下部欄内に詳細記載)

- | | |
|-------------------------------------------|-------------------------------------------|
| <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
_____ | |

4. 認知症の治療状況

- ・治療医療機関⇒ (_____)
・担当医 ⇒ (_____)
・内服薬の状況⇒ 有 無
有の場合処方内容 ⇒ _____
 ➡ 薬情報添付

5. その他

作成者 所属 _____ 記入者 _____
ツール管理者 所属 _____ 氏名 _____

応用ツール④ 食事摂取困難管理

1. 氏名 _____ 生年月日 _____

2. 食事摂取に対しての問題 (該当するものに☑)

① 口の中に関する問題

- 入れ歯が合わない むし歯 口内炎等により痛いところがある
 歯が無いのに入れ歯を使っていない 口臭がある
 口が渴いた感じ、ねばねばした感じがする

② 食事摂取に関する問題

- 最近3ヶ月間に、食事量が減った
 最近3ヶ月間に、食事にかかる時間が長くなった
 最近3ヶ月間に、食形態に変化があった
 最近3ヶ月間に、3キロ以上体重の減少があった
 最近1年間に肺炎にかかった

③ 食事中、気になる事

- 食べようとしな
 食べこぼしや、うまく噛めないことがある
 飲み込んだ後に食べ物が口に残っている
 食事中によくむせる
 飲み込んだものが逆流することがある
 不明

④ 食事を摂取しない場合の問題

- * 疾患との関連性 有 無
有の場合の要因(_____)
* 内服薬の内容との関連性 有 無
有の場合の要因(_____)
* 拒食の意思表示 有 無

3. 現在の食事摂取カロリー及び量

- * 現在の食事提供カロリー(_____)kcal提供中
* 現在の食形態
 刻み食 軟食 トロミ食 ミキサー食
 その他 (_____)

* 主食 _____

* 副食 _____

4. その他

作成者 所属 _____ 記入者 _____

ツール管理者 所属 _____ 氏名 _____

応用ツール⑤ 自己腹膜灌流管理

1. 氏名 _____ 生年月日 _____

2. 治療医療機関 _____ ・担当医 _____

3. 開始日 _____

4. 自己管理能力 (該当するものに☑)

- 1) 自己管理可
- 2) 一部介助
- 3) 全面介助 (介助者 _____)
- * 家族等の介助状況⇒ 可能 不完全 不可能
- * 特記事項(_____)

5. 透析療法と使用器具等

- 方法: CAPD (持続携行式腹膜透析) APD (自動腹膜透析)
- かぐや
- 接続方法: スタンダード UVフラッシュ つなぐ

CAPD (持続携行式腹膜透析)

回数	時間	透析液	量
1			ml
2			ml
3			ml
4			ml
			ml
	Yセットで排液		

APD (自動腹膜透析)

透析液	量
	個
	個
	個

を用いて

- ・総注液量(_____ ml) ・サイクル数(_____ 回)
- ・時間(_____ ~ _____)
- ・最終注液 有 無 ・日中バック交換 有 無

6. 消毒薬・衛生材料

- ・スワブスティック (_____ 本)
- ・絆創膏 (_____) ・ドレッシング剤 (_____)
- ・手指消毒剤 (_____)
- ・その他 (_____)

7. カテーテル感染の既往 (いずれかに☑)

- あり なし

8. 緊急時の対応方法(排液の混濁、カテーテル出口部の発赤、除水量の不足等)

9. その他

作成者 所属 _____ 記入者 _____

ツール管理者 所属 _____ 氏名 _____

応用ツール⑥ 酸素療法管理

試験運用版

(平成29年11月
付)

1. 氏名 _____ 生年月日 _____

2. 治療医療機関 _____ ・担当医 _____

3. 開始日 _____

4. 自己管理能力 (該当するものに☑)

1) 自己管理可

2) 一部介助

3) 全面介助 (介助者 _____)

* 家族等の介助状況⇒ 可能 不完全 不可能

* 特記事項(_____)

5. 使用機器 (該当するものに☑) (提供機関 _____)

設置型の場合

酸素ボンベ

酸素濃縮装置

液化酸素装置

携帯型の場合

携帯用酸素ボンベ

携帯型液化酸素装置

* パルスオキシメーター⇒ 有 無

6. 投与方法 (該当するものに☑)

1) 持続

2) 間欠

(時間/1日 労作時 睡眠時 他→ _____)

3) 酸素吸入量

・ 安静時⇒ _____ L/分 ・ 労作時⇒ _____ L/分 ・ 睡眠時⇒ **1** L/分

* 吸入方法⇒ カニューレ マスク

* SpO2変化時の指示⇒ (_____)

7. 緊急時の対応方法(呼吸困難増強時等)

8. その他

作成者 所属 _____ 記入者 _____
ツール管理者 所属 _____ 氏名 _____

応用ツール⑦ 中心静脈栄養法管理

試験運用版

(平成29年11月付)

1. 氏名 _____ 生年月日 _____

2. 治療医療機関 _____ ・担当医 _____

3. 初回導入日 _____

4. 自己管理能力 (該当するものに☑)

1) 自己管理可

2) 一部介助

3) 全面介助 (介助者 _____)

* 家族等の介助状況⇒ 可能 不完全 不可能

* 特記事項 (_____)

5. 使用薬剤・投与量

薬剤名・投与量 (_____)

6. 投与方法 (該当するものに☑)

1) 持続 2) 間欠 (_____ 時間/1日 他→ _____)

* フラッシュ頻度⇒ (_____)

* 注入速度⇒ (_____ ml/時間)

* 輸液ポンプの使用 ⇒ 有 無 (_____)

* 輸液ポンプ貸出機関⇒ (_____)

7. 挿入部に関して (該当するものに☑)

* 挿入部位⇒ (_____ 鎖骨部 _____)

* ポート カテーテル

* ロック方法⇒ (_____)

* 特記事項⇒ (_____)

8. 消毒薬・衛生材料

・滅菌綿棒 (_____ 本) ・絆創膏 (_____ 個)

・滅菌ガーゼ (_____ 枚× _____ パック) ・酒精綿 (_____)

・滅菌フィルム (_____ 枚) ・NSシリンジ (_____ ml _____ 本)

・フィルム (_____ 巻) ・へパ生シリンジ (_____ 本)

・その他 (_____)

9. 使用器具・交換頻度・提供数

・輸液回路 (_____ セット) ・注射器、注射針 (_____ セット)

・ヒューバー針 (_____ mm _____ 本) ・連結管 (_____ 本)

・エクステンションチューブ (_____ ml _____ 本) ・インジェクションプラグ (_____ 個)

・フィルター (_____ 個) ・その他 (_____)

10. 緊急時の対応方法 (滴下不良の場合等)

11. その他

作成者 所属 _____ 記入者 _____

ツール管理者 所属 _____ 氏名 _____

応用ツール⑧ 糖尿病治療管理

試験運用版
(平成29年11月付)

1. 氏名 _____ 生年月日 _____

2. 治療医療機関 _____ ・担当医 _____

3. 開始日 _____

4. 経口薬 (該当するものに☑)

- 無
- 有 ⇒ 薬剤名 (_____) 量 (_____)
服用法 (_____)
- ・薬剤名 (_____) 量 (_____)
 服用法 (_____)
- ・薬剤名 (_____) 量 (_____)
 服用法 (_____)
- 薬情あり 服用法 (_____)

5. 自己管理能力 (該当するものに☑)

- 1)自己管理可
- 2)一部介助
- 3)全面介助 (介助者 _____)
- * 家族等の介助状況⇒ 可能 不完全 不可能
- * 特記事項 (_____)

6. インスリン使用の有無

インスリン名・量
朝 (_____ ・ _____ 単位) 昼 (_____ ・ _____ 単位)
夕 (_____ ・ _____ 単位) 就寝 (_____ ・ _____ 単位)
投薬時間・タイミング (_____)
その他の指示 (_____)

7. 使用器具および提供数

注射器⇒ シリンジ ペン型
針⇒ (ペンニードル) (_____ G ・ _____ 本/月)

8. 自己血糖測定器 ⇒ 有 無 (『有』の場合以下記載)
種類 (_____ (貸出 ⇒ 有 無)) 穿刺器具 (_____)
針 (_____ 本/月) チップ (_____ 個/月) その他 (_____)

9. 消毒薬・衛生材料

- ・ カット綿 (_____ 枚× _____ パック) ・ 酒精綿 (_____ 枚× _____ パック)
- ・ 消毒液 (エタノール 他) (_____ ml)
- ・ その他 (_____)

10. 緊急時の対応方法 (明らかな低血糖発作時等)

11. その他

作成者 所属 _____ 記入者 _____
ツール管理者 所属 _____ 氏名 _____

応用ツール⑨ 経管栄養法管理

試験運用版
(平成29年11月
付)

1. 氏名 _____ 生年月日 _____

2. 治療医療機関 _____ ・担当医 _____

3. 経口摂取 可 否 _____

4. 開始日 _____

5. 自己管理能力 (該当するものに☑)
 1) 自己管理可
 2) 一部介助
 3) 全面介助 (介助者 _____)
* 家族等の介助状況⇒ 可能 不完全 不可能
* 特記事項(_____)

6. 使用栄養剤・注入量 (提供機関 _____) (処方 自費購入)
栄養剤名(_____) 1日に必要なカロリー(_____ kcal)
栄養量(朝 _____ ml) (昼 _____ ml) (夕 _____ ml)
* 固形化の場合その方法～
水分量(朝 _____ ml) (昼 _____ ml) (夕 _____ ml)
* 注入の順序～
1回の注入時間(_____ 分/回) (または _____ ml/時間)
その他の注入方法(_____)
● 上記使用薬剤等変更の可否 可 否 _____)

7. 使用器具・交換頻度
1) 方法 ⇒ 鼻腔 胃瘻 腸瘻 その他 (_____)
チューブ ⇒ (種類 _____ 太さ _____ Fr)
2) 交換頻度⇒(_____) 次回交換予定日(_____)
3) 交換医療機関 ⇒(_____)

8. 緊急時の対応方法 (滴下不良の場合等)

9. 挿入部の処置等

10. その他

作成者 所属 _____ 記入者 _____
ツール管理者 所属 _____ 氏名 _____

応用ツール⑩ 膀胱留置カテーテル

試験運用版
(平成29年11月
付)

1. 氏名 _____ 生年月日 _____

2. 治療医療機関 _____ ・担当医 _____

3. 開始日 _____

4. 自己管理能力 (該当するものに☑)

1) 自己管理可

2) 一部介助

3) 全面介助 (介助者 _____)

* 家族等の介助状況⇒ 可能 不完全 不可能

* 特記事項(_____)

5. 使用器具

・交換用キット (_____ セット)

・尿道カテーテル 号数 (_____ セット)

・蓄尿袋 (商品名 _____ ・ _____ 個)

・固定液 (_____ ml)

・注射器 (_____ ml ・ _____ 本)

6. 消毒薬・衛生材料

・滅菌綿棒 (_____ 本) ・絆創膏 (_____ 個)

・消毒液 (_____ ml) ・潤滑油 (_____)

・滅菌手袋 (_____ 個) ・滅菌ガーゼ (_____ 枚)

・滅菌セッシ (_____ 個)

7. カテーテル交換

・交換頻度 (_____ 週毎)

・最終交換日 (_____)

・次回交換予定日 (_____)

8. 緊急時の対応方法 (尿道カテーテル閉塞の場合、感染等)

9. その他

作成者 所属 _____ 記入者 _____

ツール管理者 所属 _____ 氏名 _____

応用ツール⑪ 自己導尿管理

試験運用版
(平成29年11月
付)

1. 氏名 _____ 生年月日 _____

2. 治療医療機関 _____ ・担当医 _____

3. 開始日 _____

4. 自己管理能力 (該当するものに☑)

1) 自己管理可

2) 一部介助

3) 全面介助 (介助者 _____)

* 家族等の介助状況⇒ 可能 不完全 不可能

* 特記事項(_____)

5. 使用器具

ディスポカテーテル

(・商品名⇒ _____ ・ Fr _____ ・ 本または _____ 箱/日)

リューザブルカテーテル・再利用型自己導尿用セット

(・商品名⇒ _____ ・ Fr _____ ・ 本または _____ 箱/日)

上記を代用するカテーテル類

(・商品名⇒ _____ ・ Fr _____ ・ 本または _____ 箱/日)

6. 消毒薬・衛生材料

* 潤滑剤⇒ キシロカインゼリー (_____ 本・個/日)

滅菌グリセリン (_____ 本・個/日)

* 消毒液⇒ リューザブルカテーテル
(・消毒液名⇒ _____ 本 _____)

自己導尿用カテーテルを入れた容器の中を満たすもの
(・消毒液名⇒ _____ 本 _____)

7. 自己導尿回数指示

* 1日(_____)回 (_____)時間ごと

8. 自己導尿カテーテルの中を満たす消毒液の交換頻度

* (1回/ _____ 日)

9. 緊急時の対応方法

10. その他

作成者 所属 _____ 記入者 _____
ツール管理者 所属 _____ 氏名 _____

応用ツール⑫ 腎瘻・尿管皮膚瘻管

試験運用版
(平成29年11月
付)

1. 氏名 _____ 生年月日 _____

2. 治療医療機関 _____ ・担当医 _____

3. 造設日 _____

4. 自己管理能力 (該当するものに☑)

- 1) 自己管理可
 2) 一部介助
 3) 全面介助 (介助者 _____)
* 家族等の介助状況⇒ 可能 不完全 不可能
* 特記事項(_____)

5. 使用器具・交換頻度・数量

- ・ カテーテル (_____)
・ カテーテルチップ (_____)
・ 集尿装具[パウチ、バッグ等] (提供機関 _____)
(_____)
・ 注射器 (_____)
・ 注射針 (_____)
・ 滅菌コップ (_____)

6. 消毒薬・衛生材料

- ・ 生理食塩水 (_____ ml) ・ ガ ー ゼ (_____ 枚)
・ ガーゼ付絆創膏 (_____ 個) ・ テ ー プ (_____)
・ 消 毒 薬 (_____)

7. 腎瘻・尿管皮膚瘻カテーテルの洗浄方法

- 1) 回 数 ⇒ (_____)
2) 量 ⇒ (_____)
3) 手技等 ⇒ (_____)

8. 緊急時の対応方法 (カテーテルが抜けた、つまった場合、血尿等)

9. その他

作成者 所属 _____ 記入者 _____

ツール管理者 所属 _____ 氏名 _____

応用ツール⑬ 人工呼吸療法管理

試験運用版
(平成29年11月付)

1. 氏名 _____ 生年月日 _____

2. 治療医療機関 _____ ・担当医 _____

3. 開始日 _____

4. 自己管理能力 (該当するものに☑)
- 1) 自己管理可
 - 2) 一部介助
 - 3) 全面介助 (介助者 _____)
- * 家族等の介助状況⇒ 可能 不完全 不可能
- * 特記事項 (_____)

5. 使用器具・交換頻度・提供数 (業者名 _____)

	機種・種類・サイズ	個数	交換頻度
人工呼吸器			
人工呼吸器回路			回/週
加湿モジュール			回/週
バクテリア・フィルター			ヶ月毎
外気取入口フィルター			ヶ月毎
気管カニューレ			医師による交換

6. 消毒薬・衛生材料

滅菌綿球	個	吸引チューブ	、	本
滅菌ガーゼ(Yカット)	枚	消毒液(気切用)	、	本
絆創膏	個	消毒液(回路用)	、	本
		滅菌蒸留水	ml	本

7. 人工呼吸器等設定

使用時間	時	分～	時	分まで	
モード		呼気時間	秒	気道内圧下限	cmH20
1回換気量	ml	呼気流量	L/分	気道内圧上限	cmH20
呼吸回数	回/分	感度	cmH20	加湿加湿器設定	
I/E比	1:	秒	気道内圧	酸素量	ml/分

8. 緊急時の対応方法

9. その他 (CPAPを使用している場合はその旨記載下さい。)

作成者 所属 _____ 記入者 _____
ツール管理者 所属 _____ 氏名 _____

応用ツール⑭ 気管カニューレ管

試験運用版
(平成29年11月
付)

1. 氏名 _____ 生年月日 _____

2. 治療医療機関 _____ ・担当医 _____

3. 造設日 _____

4. 自己管理能力 (該当するものに☑)

1) 自己管理可

2) 一部介助

3) 全面介助 (介助者 _____)

* 家族等の介助状況⇒ 可能 不完全 不可能

* 特記事項 (_____)

5. 経口摂取 (該当するものに☑)

可

不可

6. 医療器材

・ カニューレの名称 (_____)

・ 交換の頻度 (_____ 週に _____ 回)

・ カニューレの数 (_____ 本)

・ カフ用注射器 (_____ ml _____ 個)

7. 衛生材料

・ 滅菌綿棒 (_____ 本)

・ 滅菌Yガーゼ (_____ 個)

・ 絆創膏 (_____)

・ 消毒液 (薬品名: _____ 、 _____ 本)

8. トラブル時の対処

1) カニューレ抜去時の対応方法

2) 呼吸困難時の対応方法

3) 緊急時の対応方法

9. その他

作成者 所属 _____ 記入者 _____

ツール管理者 所属 _____ 氏名 _____

応用ツール⑮ 人工肛門・人工膀胱

試験運用版

(平成29年11月
付)

1. 氏名 _____ 生年月日 _____

2. 治療医療機関 _____ ・担当医 _____

3. ストーマの種類 ⇒ _____

4. 造設日 _____

5. 自己管理能力 (該当するものに☑)

1) 自己管理可

2) 一部介助

3) 全面介助 (介助者 _____)

* 家族等の介助状況 ⇒ 可能 不完全 不可能

* 特記事項 (_____)

6. 使用装具、装具交換状況、装具購入方法 (提供機関 _____)

・ 装具名 (_____)

・ 装具の交換状況 (_____ 回/週、あるいは _____ 日毎に交換)

・ その他の使用材料

7. 緊急時の対応方法

8. その他

作成者 所属 _____ 記入者 _____

ツール管理者 所属 _____ 氏名 _____

応用ツール⑯ 感染に関する管理

試験運用版
(平成29年11月
付)

1. 氏名 _____ 生年月日 _____

2. 治療医療機関 _____ ・担当医 _____

3. 感染症の罹患について

・ 感染症① (_____)

～ その対策

・ 感染症② (_____)

～ その対策

・ 感染症③ (_____)

～ その対策

4. 緊急時の対応方法(明らかな悪化状態が見られた時等)

5. 感染症に対しての処方状況

6. その他

作成者 所属 _____ 記入者 _____
ツール管理者 所属 _____ 氏名 _____

試験運用版

(平成29年11月付)

応用ツール⑰ 緩和ケア情報共有シート

患者氏名					生年月日		
年齢	117 歳						
性別	<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女					
PS	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4		
予後予測	<input type="checkbox"/> 不明		<input type="checkbox"/> 1年以上		<input type="checkbox"/> 6か月		
	<input type="checkbox"/> 2～3か月		<input type="checkbox"/> 1か月未満		<input type="checkbox"/> 1週間未満		
患者の病名・ 症状・治療方針・ 予後などについて の説明への希望	<input type="checkbox"/> 具体的にはっきり知りたい		<input type="checkbox"/> よくない情報はあまり詳しく知りたくない				
	<input type="checkbox"/> 知りたくない		<input type="checkbox"/> 今は決められない				
	<input type="checkbox"/> その他 []				
患者への病状 説明、受け止め							
患者の希望、 大切にしたいこと (気がかり・不安)							
家族の病名・ 症状・治療方針・ 予後などについて の説明への希望	<input type="checkbox"/> 具体的にはっきり知りたい		<input type="checkbox"/> よくない情報はあまり詳しく知りたくない				
	<input type="checkbox"/> 知りたくない		<input type="checkbox"/> 今は決められない				
	<input type="checkbox"/> その他 []				
家族への病状 説明、受け止め	キーパーソン()						
家族の希望、 大切にしたいこと (気がかり・不安)							
病状が悪化した 時の希望の療養 の場所	<input type="checkbox"/> 自宅で療養したい		<input type="checkbox"/> 入院したい		<input type="checkbox"/> 今までの病院 <input type="checkbox"/> ホスピス 緩和ケア病棟		
	<input type="checkbox"/> なるべく自宅で療養して 必要があれば入院したい		<input type="checkbox"/> 今は決められない				
	<input type="checkbox"/> その他 []				
情報提供	<input type="checkbox"/> ホスピス緩和ケア病棟			<input type="checkbox"/> 在宅医療・ケア			
DNAR	<input type="checkbox"/> 確認		<input type="checkbox"/> 確認未				

治療医療機関 _____

・担当医 _____

作成者 所属 _____

記入者 _____

ツール管理者 所属 _____

氏名 _____

応用ツール⑱ 特記事項

試験運用版

(平成29年11月
付)

基本ツール（及び他の応用ツール）に記載出来なかった必要な内容を情報提供します。

1. 氏名 _____

生年月日 _____

作成者 所属 _____ 記入者 _____
ツール管理者 所属 _____ 氏名 _____