はこだて医療・介護連携サマリー【基本ツール】 情報提供先 情報提供先 施設名称 担当者名 御中 楼 ● 基本情報等 (フリガナ) 生年 • 生活 牛 性別等 保護 認定 氏 名 (満 歳) 現住所 電話番号 ※居住階, 施設名等を下記に記載 ※エレ 居住 医療保険種類 その他 認定有 年 月 日 障害高齢者日常生活自 日 立度(寝たきり度) 認知症高齢者日 要介護度 効期間 年 常生活自立度 同居家族 その他( ) 電話 続柄 関係 連絡先① ( 連絡先② 続柄 電話 関係 ● 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。 医療機関等名称 担当医 受診状況等 | \*特記 \*特記[有]場合は応用ツール®を作成して下さい。 評価日 月 年 В ● 身体・生活機能等 \*起居動作 移動 ⇒ その他 麻痺の状況 麻痺の部位 視力 [日常生活に支障] ・眼鏡 補聴器 聴力 [日常生活に支障] ( ) 意思の伝達 失語症 \*認知症症状 その他( <u>\*食形態</u> 水分トロミ \*食動作 食事 水分制限 取 <u>\*口腔ケア</u> 義歯使用 腔 排尿介助 Pトイレ使用 洲 排便介助 オムツ使用(パッド含む) 衣服の着脱 \*服薬管理 入浴(保清等) \*特別な医療等 必要時は、右記の ()内に指定応用 ツールを作成下さ 在宅介護サービス等 その他 ( \*介護上,特に注意すべき点等 \*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) ([有]の場合応用ツール18 作成 \*起居動作[自立・見守り]以外は応用ツール⑱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<u>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®を作成下さい</u> 本サマリーの記入者 所属名 FAX 記入者 作成日

情報提供先 施設名称 情報提供先 担当者名 御中 氏 名 週間スケジュール 月 火 水 金 土 日 AM РМ 医 備考 療・ 介護サー サービス内容 サービス提供事業所・担当者 主なサービス内容等 ①訪問診療 ・ビス利用状況 ②訪問歯科診療 ③訪問看護 ④訪問介護 ⑤訪問入浴 ⑥訪問リハ ⑦通所リハビリ ⑧通所介護 ⑨ショートステイ ⑩住宅改修 ⑪福祉用具 12他( ) ①3他( ) 生 育 歴 生 活 歴 氏 名 続柄 関係 連絡先 □=男性 ○=女性 □ ◎=本人 KP=キーパーソン (住所) (備考・携帯番号等) 就労状態 健康状態 家族構成 連 絡 (住所) 先 (備考・携帯番号等) 义 就労状態 健康状態 (住所) (備考・携帯番号等) 就労状態 健康状態

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

## フェイスシート 1/2

担	談受付	1日				受付	力	法			(			)	受	付対	<u>応 者</u>					
課題分析の理由						(												)	(前/			
• į	基本情報	<b>设等</b>																				
氏名						生年・性別等(満					<b>≣</b>   ;	生活 保護		障害等認定								
現住所												電	話番号									
居住			*	※居住階,施設名等			等を下記に記載 ※エレ ) ベーター				医療保	医療保険種類					( )					
要介護度			認定有 効期間 ~			年 月 日 年 月 日 <b>2</b>			日草	書高齢者 E 変(寝たき	 生活自 )			ii S	8知症高 第生活自	f日 E	·					
同居:	家族										その他(					)						
連絡:	先①				続柄				電話						関係			(		)		
連絡	先②				続柄				電話						関係			(		)		
•	医療情報	设等 主	<b>元</b> 夕				医療機関等名称			100	名等			担当医			受診状況等   特記					
主病名			P3714		have vote 1956 land . At . Fel J.O.			R27	w 14	<u>ы чт</u>		<i>i</i> =				人砂小儿子	14.00					
• <u>j</u>	身体∙生	活機能	等					評価	日		年	年 月					日 ( )					
起居動作										移!	移動					⇒ · · · · · · · · · · · · · · · · · · ·						
麻痺	の状況									麻	麻痺の部位				· · · · · その他 · · ( )							
視力 [日常生活に支障]				(								) •眼鏡										
聴力	[日常生活	に支障]		(							) •補聴器											
意思	意思の伝達									失語症												
認知症症状																	そ	の他	(	)		
食食形態										水	水分トロミ											
335	첫   <u>,</u>										食	食事・水分制限										
口腔	口腔ケア	r									義歯使用											
排	排尿介即	助										Pトイレ使用										
港 排便介助											オ.	オムツ使用(パッド含む)										
衣服の着脱											服	服薬管理										
入浴(保清等)																						
特別な医療等																						
											•											
												•										
本フ	ェイスミ	ノート作	成者	所	f属名																	

記入者

作成日

電話

FAX

氏名

			週間スケジュール													
		月	火	水			木	金		±		B				
	AM															
	РМ				<b>†</b>											
					<b>†</b>											
医																
療	備考															
介護		サービス内容		<del>!</del> サービス提供事業所		主なサービス内容等										
護 サ ー																
ا Ľ		②訪問歯科診療														
ス 利		③訪問看護														
ス利用状		④訪問介護														
次 況		⑤訪問入浴														
		<ul><li>⑥訪問リハ</li></ul>														
		⑦通所リハビリ														
		⑧通所介護														
		⑨ショートステイ														
		⑪住宅改修														
		⑪福祉用具														
		①他(	)													
		③他(	)													
	(本人		,		家族)											
		•				Ì	,									
主																
訴																
177																
						<u>!</u>										
生																
生育歴・生活歴																
· #																
活																
歴																
						Ī	F.	名	続杯	関係		連絡先				
				□=男性 ○=女性 <sup>□</sup> ◎=本人 KP=キーパーソン				1	45011	, 124111		2011111				
	(			KP=キーパーソン			(住所)									
	Г					1	(備考·携帯番号等)									
	L						就労状態									
家							1967J 1768									
家族構成					連絡先											
成		1			先	2	(備考・携帯	番号等)								
図				1		-	就労状態									
							いいしいいだが			(注)水(人)	<u>υ</u>					
			I			3	(住所)									
							(備考·携帯番号等)									
							就労状態									
	I				1	1	シャンノンハンス	ĺ		健康状態 健康状態						