

はこだて医療・介護連携サマリー【基本ツール】

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 (満 歳)	生活保護	障害等認定	( ) ( ) ( )
現住所	電話番号				
居住	※居住階、施設名等を下記に記載 ( )		※エレベーター	医療保険種類	その他 ( )
要介護度	認定有効期間	～ 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	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

\*特記[有]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	年	月	日	( )
*起居動作	移動	⇒ ( )			
麻痺の状況	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			
意思の伝達	失語症				
*認知症症状	その他 ( )				
食事摂取	*食形態	水分トロミ			
	*食動作	食事・水分制限			
口腔	*口腔ケア	義歯使用			
排泄	排尿介助	PTトイレ使用			
	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					
在宅介護サービス等	その他 ( )				
*介護上、特に注意すべき点等 ([有]の場合応用ツール⑩ 作成)	*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⑩ 作成)				

\*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	所属名			
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

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

氏名	
----	--

週間スケジュール							
	月	火	水	木	金	土	日
AM							
PM							
備考							

医療・介護サービス利用状況	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
	<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	<input type="checkbox"/> = 男性 <input type="checkbox"/> = 女性 <input type="checkbox"/> = 本人 KP = キーパーソン	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			

# フェイスシート 1/2

相談受付日		受付方法	( )	受付対応者	
-------	--	------	-----	-------	--

課題分析の理由 ( ) (前/ )

### ● 基本情報等

氏名		生年・性別等	(満 歳)	生活保護	障害等認定	( ) ( ) ( )
現住所					電話番号	
居住	※居住階、施設名等を下記に記載 ( )		※エレベーター	医療保険種類	その他 ( )	
要介護度	認定有効期間	～	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	その他 ( )					
連絡先①	続柄		電話		関係	( )
連絡先②	続柄		電話		関係	( )

### ● 医療情報等

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

### ● 身体・生活機能等

評価日 年 月 日 ( )

起居動作		移動	⇒ その他 ( )
麻痺の状況		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	
意思の伝達		失語症	
認知症症状	その他 ( )		
食事摂取	食形態	水分トロミ	
	食動作	食事・水分制限	
口腔	口腔ケア	義歯使用	
排泄	排尿介助	トイレ使用	
	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	・ ・ ・ ・ ・ ・		

本フェイスシート作成者	所属名		
電話	FAX	記入者	作成日

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		サービス提供事業所・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( )																																																											
主訴	(本人)				(家族)																																																							
生育歴・生活歴																																																												
家族構成図	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> = 男性   <input type="circle"/> = 女性  <input type="checkbox"/> = 本人                      KP = キーパーソン                 </div> <div style="text-align: center;"> <input type="circle"/>   <input type="circle"/>   <input type="circle"/>  <input type="square"/>   <input type="square"/>   <input type="square"/> </div> </div> <div style="text-align: center; margin-top: 20px;"> </div>				<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 15%;">氏名</th> <th style="width: 15%;">続柄</th> <th style="width: 15%;">関係</th> <th style="width: 55%;">連絡先</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="4" style="text-align: center;">1</td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="text-align: center;">(住所)</td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="text-align: center;">(備考・携帯番号等)</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">就労状態</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">健康状態</td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="text-align: center;">(住所)</td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="text-align: center;">(備考・携帯番号等)</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">就労状態</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">健康状態</td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="text-align: center;">3</td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="text-align: center;">(住所)</td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="text-align: center;">(備考・携帯番号等)</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">就労状態</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">健康状態</td> </tr> </tbody> </table>				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	
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																																																										