

情報提供先施設名称	御中	情報提供先担当部署名	様
-----------	----	------------	---

● 基本情報等

(フリガナ) 氏名	生年・性別等 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 (満年齢)	生後日数 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	障害等認定 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	身体障害(級) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 3級	精神障害(級) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級	特定疾患 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
現住所	電話番号					

函館市医療・介護連携推進協議会
情報共有ツール作業部会からのお知らせ

はこだて医療・介護連携サマリー
マイナーチェンジのお知らせ！！

					<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>

*特記の付く場合は応用ツール部を作成して下さい。

● 身体・生活機能等

評価日 令和 年 月 日
入院時 入院中 退院時
地域生活期 その他()

*食摂	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	
*椅子とベッド間の移乗	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助(監視下)	<input type="checkbox"/> 一部介助(座れるが移れない)	<input type="checkbox"/> 全介助
整容	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	
トイレ動作	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	
入浴	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	
平地歩行	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助(歩行器等)	<input type="checkbox"/> 一部介助(車椅子操作が可能)	<input type="checkbox"/> 全介助
階段昇降	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	
更衣	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	
排便コントロール	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	
排尿コントロール	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	

身体・生活機能等の項目を
バーセルインデックス
(Barthel Index) の
並びと項目名に変更

バーセルインデックス
(Barthel Index) :
国際的なADL評価の一つ

口腔・栄養	身長 cm	体重 kg	歯の汚れ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	*むし歯 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	*水分とロレ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	歯肉の腫れ・出血 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	嚥食使用 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
-------	----------	----------	---	---	---	---	---

口腔・栄養の項目を追加

麻痺の状況 無 軽度 中重度 重度
左腕 右腕 その他
左足 右足 ()

視力 [日常生活に支障] 無 有=()

聴力 [日常生活に支障] 無 有=()

*特別立派疾患	<input type="checkbox"/> 褥瘡 (応用ツール② 作成) <input type="checkbox"/> 皮膚疾患 (応用ツール③ 作成) <input type="checkbox"/> 認知症 (応用ツール④ 作成) <input type="checkbox"/> 食事摂取困難 (応用ツール⑤ 作成) <input type="checkbox"/> 自己排泄管理装置 (応用ツール⑥ 作成) <input type="checkbox"/> 透析液供給装置 <input type="checkbox"/> 酸素療法 (応用ツール⑦ 作成) <input type="checkbox"/> 吸引器 <input type="checkbox"/> 輸液ポンプ	<input type="checkbox"/> 自己導尿 (応用ツール⑧ 作成) <input type="checkbox"/> 腎臓・尿管皮膚瘻 (応用ツール⑨ 作成) <input type="checkbox"/> ドレーン (部位:) <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 (応用ツール⑩ 作成) <input type="checkbox"/> 気管カニューレ (応用ツール⑪ 作成) <input type="checkbox"/> 人工肛門・人工膀胱 (応用ツール⑫ 作成) <input type="checkbox"/> 感熱症 (応用ツール⑬ 作成) <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"/> 癌末期疼痛管理 (応用ツール⑭ 作成) <input type="checkbox"/> 本人の意向を尊重した意思決定支援のための情報 (応用ツール⑮ 作成) <input type="checkbox"/> その他 (応用ツール⑯ 作成)
---------	---	--

上記に伴い応用ツールへの
展開指示の変更

在宅介護サービス等 居宅介 包括支援センター 無し
訪問入浴 訪問リハビリ 通所リハビリ
定期巡回 小多機 看多機
その他()

*食摂上、特に注意すべき点 無 有
医療・ケアに関する本人・家族の意向等 無 有

*食事の項目で[自立]以外、食事・水分制限の項目で[有]、口腔・栄養欄のむせと水分・ロレの項目で[有]を選択した場合は応用ツール部を作成下さい。
 *椅子とベッド間の移乗の項目で[自立]以外は応用ツール部を、認知症症状[無]以外は応用ツール部を、服薬管理[自立]以外は応用ツール部を作成下さい。

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部を必ず作成下さい。