

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)			生 年 ・ 性 別 等			生 年 月 日	生 活 保 護	☐ 無 ☐ 有	障 害 等 認 定	☐ 無 ☐ 療 育 ☐ 特定疾患 ()	☐ 身 障 () ☐ 精 神 ()	級) 級))
氏 名					☐ 男 ☐ 女 (満 歳)							
現住所								電 話 番 号				
居 住	☐ 戸 建 (階)	☐ 集 合 住 宅 (階)	※エレベータ		☐ 有 ☐ 無	医 療 保 険 種 別	☐ 健康保険	☐ 国民健康保険	☐ 後 期 高 齢 者			
	☐ 施 設 ()						☐ 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	☐ 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 その他 ()	☐ キーパーソン			
連絡先②		続柄		☐ 同居 ☐ 別居	電 話		関 係	☐ 主 介 護 者 その他 ()	☐ 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
					☐
					☐
					☐

*特記☑の付く場合は応用ツール⑱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()
-----	-------------------------	---

*食事	☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助			*食事・水分制限	☐ 無 ☐ 有		
*椅子とベッド間の移乗	☐ 自立 ☐ 一部介助 (監視下) ☐ (座れるが移れない) ☐ 全介助			移動	☐ 自立 ☐ 杖 ☐ 歩行者 ☐ 車いす ☐ 介助 ☐ その他 ()		
整容	☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助			オムツ使用(パッド含む)	☐ 無 ☐ 夜間 ☐ 常時		
トイレ動作	☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助			トイレ使用	☐ 無 ☐ 夜間 ☐ 常時		
入浴	☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助			*認知症症状	☐ 無 ☐ 記憶障害 ☐ 幻覚・妄想		
平地歩行	☐ 自立 ☐ 一部介助 (歩行器等) ☐ (車椅子操作が可能) ☐ 全介助				☐ 暴言・暴力 ☐ 昼夜逆転 ☐ 不潔行為		
階段昇降	☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助				☐ 介護への抵抗 ☐ 徘徊 ☐ 抑うつ・不安		
更衣	☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助			意思の伝達	☐ 可 ☐ 時々可 ☒ ほとんど不可 ☐ 不可		
排便コントロール	☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助			失語症	☐ 無 ☐ 有 ☐ 不明		
排尿コントロール	☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助			*服薬管理	☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 見守り ☐ 全介助		
口腔・栄養	身長	体重	歯の汚れ	*むせ	*水分ロミ	歯肉の出血・腫れ	義歯使用
	cm	kg	☐ 無 ☐ 有	☐ 無 ☐ 有	☐ 無 ☐ 有	☐ 無 ☐ 有	☐ 無 ☐ 有
麻痺の状況	☐ 無 ☐ 軽度 ☐ 中度 ☐ 重度			麻痺の部位	☐ 左上肢 ☐ 右上肢 ☐ その他 ☐ 左下肢 ☐ 右下肢 ()		
視力 [日常生活に支障]	☐ 無 ☐ 有⇒ ()			*眼鏡	☐ 無 ☐ 有		
聴力 [日常生活に支障]	☐ 無 ☐ 有⇒ ()			*補聴器	☐ 無 ☐ 有		

*特別な医療等 ☑の付く項目は右記の 応用ツールを作成	☐ 褥瘡 (応用ツール② 作成)	☐ 留置カテーテル (応用ツール⑩ 作成)
	☐ 皮膚疾患 (応用ツール⑬ 作成)	☐ 自己導尿 (応用ツール⑪ 作成)
	☐ 認知症 (応用ツール③ 作成)	☐ 腎臓・尿管皮膚瘻 (応用ツール⑫ 作成)
	☐ 食事摂取困難 (応用ツール④ 作成)	☐ ドレーン (部位:)
	☐ 自己腹膜灌流装置 (応用ツール⑤ 作成)	☐ 人工呼吸器 (応用ツール⑬ 作成)
	☐ 透析液供給装置	☐ 気管カニューレ (応用ツール⑭ 作成)
	☐ 酸素療法 (応用ツール⑥ 作成)	☐ 人工肛門・人工膀胱 (応用ツール⑮ 作成)
	☐ 吸引器	☐ 感染症 (応用ツール⑯ 作成)
	☐ 輸液ポンプ	☐ リハビリテーション (リハビリテーションサマリー 作成)
	☐ 中心静脈栄養 (応用ツール⑦ 作成)	☐ 癌末期疼痛管理 (応用ツール⑰ 作成)
☐ 在宅自己注射(インスリン) (応用ツール⑧ 作成)	☐ 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⑱ 作成)	
☐ 経管栄養 (応用ツール⑨ 作成)	☐ その他 (応用ツール⑲ 作成)	

在宅介護サービス等	☐ 訪問診療	☐ 訪問歯科診療	☐ 訪問看護	☐ 訪問介護	☐ 訪問入浴	☐ 訪問リハビリ	☐ 通所リハビリ
	☐ 通所介護	☐ ショートステイ	☐ 住宅改修	☐ 福祉用具	☐ 定期巡回	☐ 小多機	☐ 看多機
	☐ 居宅介護支援	☐ 包括支援センター	☐ 無し	☐ その他()			

*介護上、特に注意すべき点等 (〔有〕の場合応用ツール¹⁹ 作成) ☐ 無 ☐ 有	*医療・ケアに関する本人・家族の意向等 (〔有〕の場合応用ツール¹⁸ 作成) ☐ 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トロミの項目で「有」を選択した場合は応用ツール④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⑯を、認知症症状[無]以外は応用ツール③を、服薬管理[自立]以外は応用ツール⑯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。

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

氏 名	
-----	--

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 () 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

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[®]2020 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

- ・ 消毒薬・ドレッシング材の種類・数

- ～ 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）

- ～ 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[®]2020 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

- ・ 消毒薬・ドレッシング材の種類・数

- ～ 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）

- ～ 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）

☐ ・記憶障害☐ ・幻覚、妄想☐ ・昼夜逆転☐ ・介護への抵抗☐ ・抑うつ、不安☐ ・暴言、暴力☐ ・不潔行為☐ ・徘徊☐ ・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・栄養管理

1. 氏 名

生年月日

2. 自己管理能力（該当するものに☑）

☐ 1) 自己管理可☐ 2) 不可☐ 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（

）

管理栄養士 記入欄

年

月

日

転院先管理栄養士へ説明済み

)

3. 食事摂取に対しての問題（該当するものに☑）

① 食事中、気になる事

☐ 食べようとしない☐ 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

② 食事を摂取しない場合の問題

* 疾患との関連性

☐ 無☐ 有

有の場合の要因（

）

* 内服薬の内容との関連性

☐ 無☐ 有

有の場合の要因（

）

* 拒食の意思表示

☐ 無☐ 有

4. 栄養量（下記の把握が難しいようであれば、7. の記入欄に食事摂取量等をご記入ください）

① 必要栄養量

エネルギー

kcal

たんぱく質

g

② 摂取栄養量

エネルギー

kcal

たんぱく質

g

主食

%

副食

%

5. 現在の食形態等

① 主食

種類（

形態（

）

* 嚥下調整食の必要性

☐ 無☐ 有

⇒学会分類コード※1（

）

特記

② 副食

種類（

形態（

）

* 嚥下調整食の必要性

☐ 無☐ 有

⇒学会分類コード※1（

）

特記

③ 飲水（とろみ）

☐ 無☐ 有

⇒学会分類※2（

）

特記

* 食事内容（治療食、補助食品等）

6. 食物アレルギー、禁止食品などの留意事項

7. 栄養管理に係る経過、栄養指導の内容、日常の様子等

※1 日本摂食嚥下リハビリテーション学会の嚥下調整食分類（食事）

※2 日本摂食嚥下リハビリテーション学会の学会分類（とろみ）

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（持続携帯行式腹膜透析） ☐ 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（持続携帯行式腹膜透析）

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

・ 消毒スワブ（ _____ 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

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⇒ _____ L/分

* 吸入方法⇒ ☐ カニューレ ☐ マスク

* SP02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

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⇒（ _____ ）

* 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⇒（ _____ ）

* ☐ 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

・ 消毒スワブ（ _____ 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） ・ ヘパ生シリンジ（ _____ 本）

・ その他（ _____ ）

9. 使用器具・交換頻度・提供数

・ 輸液セット（ _____ 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

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

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

・ 酒 精 綿 (_____ 枚 × _____ パック)

・ 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

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. 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

・ 消毒スワブ _____ （ _____ 本） ・ 絆 創 膏 _____ （ _____ 個）

・ 潤 滑 油 _____ （ _____ ml） ・ 滅菌ガ ー ゼ _____ （ _____ 枚）

・ 滅 菌 手 袋 _____ （ _____ 個）

・ そ の 他 _____ （ _____ ）

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

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）

・ 自己導尿用セット

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

・ その他

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

6. 消毒薬・衛生材料

・ 潤滑剤⇒ （商品名⇒ _____ ・ _____ 本・個/日）

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. カテーテルの管理方法

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⑫ 腎瘻・尿管皮膚瘻管理

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

・ 集尿装具[パウチ、バッグ等]（提供機関 _____ ）
（ _____ ）

6. 消毒薬・衛生材料

・ 消毒スワブ（ _____ 本） ・ ガ ー ゼ（ _____ 枚）

・ ガーゼ付絆創膏（ _____ 個） ・ テ ー プ（ _____ ）

・ その他 _____

7. 腎瘻・尿管皮膚瘻カテーテル挿入部のケア方法

1) 回 数 ⇒（ _____ ）

2) 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

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

消毒スワブ	個	吸引チューブ	、	本
滅菌ガーゼ(Yカット)	枚	滅菌蒸留水	ml	本
絆創膏	個			
その他				

7. 緊急時の対応方法

8. 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 気管カニューレ管理

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

・ 消毒スワブ（ _____ 本）

・ 滅菌Yガーゼ（ _____ 個）

・ 絆 創 膏（ _____ ）

・ そ の 他（ _____ ）

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・人工膀胱管理

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

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 _____

応用ツール⑰ 緩和ケア情報共有シート (MOPN)

患者氏名	生年月日	
年齢	125 歳	
性別	☐ 男 ☐ 女	
P S	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4	
予後予測	☐ 不明 ☐ 1年以上 ☐ 6か月 ☐ 2～3か月 ☐ 1か月未満 ☐ 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	☐ 具体的にはっきり知りたい ☐ よくない情報はあまり詳しく知りたくない ☐ 知りたくない ☐ 今は決められない ☐ 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	☐ 具体的にはっきり知りたい ☐ よくない情報はあまり詳しく知りたくない ☐ 知りたくない ☐ 今は決められない ☐ 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	☐ 自宅で療養したい ☐ 入院したい ☐ なるべく自宅で療養して 必要があれば入院したい } ☐ 今までの病院 ☐ ホスピス 緩和ケア病棟 ☐ 今は決められない ☐ その他 []	
情報提供	☐ ホスピス緩和ケア病棟 ☐ 在宅医療・ケア	
D N A R	☐ 確認 ☐ 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 本人の意向を尊重した意思決定支援のための情報

※本応用ツールはご本人の思いをつなぐための書式としてご活用ください。

下記は 時点 で確認できている情報です。今後も意向は変化していく可能性があります。適宜、対話を繰り返していただきますようお願いいたします。



1. 氏 名 _____ 生年月日 _____ 年齢 125 歳

2. 意思確認実施機関 _____ ・ 意思確認者（相談員等） _____

3. 意思確認対象者 ☐ 本人 ☐ 家族や友人等：（氏名） _____ による推定意思の確認

※ACP実施の有無にかかわらず会話等により聞き取れた本人の思いがある場合も下記に記入。

4. ACPを実施する上で参考にしたツール	☐ もしもノートはこだて ☐ 機関独自のツール（ _____ ）
	☐ なし ☐ その他（ _____ ）

5. もし生きることができる時間が限られているとしたら、大切にしたいこと （複数回答あり）	☐ 家族 ☐ 友人 ☐ 仕事や社会的な役割 ☐ 趣味
	☐ 身の回りのことが自分でできること ☐ 経済的なこと
	☐ できる限りの治療が受けられること ☐ ひとりの時間がもてること
	☐ 家族の負担にならないこと
	☐ その他（ _____ ）

6. もし自分の意思をはっきりと示せなくなり、生きることができる時間が限られているとしたら、希望する医療・ケア	☐ 身体に大きな負担がかかっても、できる限り長く生きられる治療
	☐ 身体に大きな負担がかかる処置は希望しないが、そのうえで少しでも長く生きられる治療
	☐ 延命的な治療はおこなわず、できる限り苦痛を緩和して自分らしい時間を過ごすこと
	☐ 今はわかりません
	☐ その他（ _____ ）

7. 人生の最期を過ごしたいと希望する場所	☐ 自宅 ☐ 今まで治療を受けていた病院（医療機関）
	☐ ホスピスや緩和ケアを中心に行っている病院（医療機関）
	☐ 老人ホーム、介護施設など
	☐ 今はわかりません
	☐ その他（ _____ ）

8. 自分の意思が示せなくなったとき本人が望む医療・ケアを推定できる人はいるか？	☐ いる ☐ いない
	*「いる」の場合 ☐ 家族 ☐ 友人 ☐ その他（ _____ ）
	※本人の思いを推定できる人が家族・友人以外の場合、その他にご記入。 ご本人が信頼を寄せ人生の最終段階を支える存在であれば、家族や友人以外でも構いません。例えば、医療・介護等の支援者がここに当たる場合もあるかもしれません。

9. 会話等から確認できた本人の思いなど

※これまでの項目について、特記事項等がある場合は応用ツール⑱をご活用ください。

各機関で独自のACPの取り組みを行っている場合は、そちらを実施の上、情報共有シートとしてご活用ください。独自の仕組みがない機関では、厚生労働省が作成している「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」および、その「解説編」を確認の上、ACPの取り組みの一つとして、函館市医療・介護連携支援センターのホームページにて紹介している「もしもノートはこだて」を参考に実施をご検討ください。

作成者 所属 _____ 記入者 _____

ツール管理者 所属 _____ 氏名 _____

応用ツール⑱ 特記事項

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 _____
ツール管理者 所属 _____

記入者 _____
氏名 _____