

在宅ケア移行情報シート

記入日

組織・部署
行

連絡先

記入者

| | | | | | | | | |
|------|----|----|------|--|---|------|------|--------|
| 氏名 | | | 生年月日 | | 歳 | 電話番号 | | |
| 住所 | | | | | | | 家族形態 | キーパーソン |
| 連絡先1 | 氏名 | 間柄 | 電話 | | | | | 主たる介護者 |
| 連絡先2 | 氏名 | 間柄 | 電話 | | | | | |

| | | | | | | |
|------|--|--|--|--|--|--|
| 保険情報 | <input type="checkbox"/> 限度額認定証 <input type="checkbox"/> 特定疾患受給者証 <input type="checkbox"/> 身障者医療費受給者証 <input type="checkbox"/> 身障者手帳 | | | | | |
|------|--|--|--|--|--|--|

| | |
|---------|---------------------|
| 病名(障害名) | インフォームド・コンセントの内容と認識 |
|---------|---------------------|

| | | |
|--------|--|---------------|
| かかりつけ医 | <input type="checkbox"/> ある() <input type="checkbox"/> ない | 活動項目 最終評価日() |
|--------|--|---------------|

| | | | |
|------|---|-----|---|
| ケアマネ | <input type="checkbox"/> いる() <input type="checkbox"/> いない | 食 事 | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助() <input type="checkbox"/> 全介助 |
|------|---|-----|---|

| | | | |
|--------|--|----------|--|
| 訪看ST利用 | <input type="checkbox"/> ある() <input type="checkbox"/> ない | 食事形態:() | |
|--------|--|----------|--|

| | | | |
|--------|--|-----|---|
| 緩和病棟予約 | <input type="checkbox"/> ある() <input type="checkbox"/> ない | 移 乗 | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助() <input type="checkbox"/> 全介助 |
|--------|--|-----|---|

| | | | |
|-----------|-----|---|---|
| 現主治医の治療方針 | 整 容 | <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 | |
| | 移 動 | 歩 行 | <input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 |
| | | 車椅子 | <input type="checkbox"/> 自走 <input type="checkbox"/> 介助 |

| | | | |
|-----------------------|----------|---|--|
| コンプライアンス(治療方針・内服・処置等) | 階段昇降 | <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 | |
| | 排 泄 | <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"/> 自然 <input type="checkbox"/> 内服 <input type="checkbox"/> 座薬 <input type="checkbox"/> 浣腸 <input type="checkbox"/> 失禁 | |
| | 排尿コントロール | <input type="checkbox"/> 自然 <input type="checkbox"/> 内服 <input type="checkbox"/> 失禁 | |

| | |
|--|---------------------|
| 医療処置を行う人() <input type="checkbox"/> PEG <input type="checkbox"/> HOT <input type="checkbox"/> HPN <input type="checkbox"/> CAPD <input type="checkbox"/> 注射 <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 褥創 <input type="checkbox"/> ポート <input type="checkbox"/> 疼痛管理 <input type="checkbox"/> 自己導尿 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> ストーマケア <input type="checkbox"/> バルンカテーテル <input type="checkbox"/> 経鼻栄養チューブ <input type="checkbox"/> 気管切開チューブ <input type="checkbox"/> 腎瘻・尿管皮膚瘻 <input type="checkbox"/> その他() ※カテーテル交換予定日() ※PEG 交換予定日() 種類() | 在宅療養に対する本人・家族の意向や希望 |
| | 本人: |
| | 家族: |

| | |
|--|-----------------|
| 認知症項目(有の場合口に✓を入れる) | 伝えておきたいこと(特記事項) |
| <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> せん妄 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 被害妄想 <input type="checkbox"/> 大声 <input type="checkbox"/> 物忘れ <input type="checkbox"/> 幻視幻聴 <input type="checkbox"/> 暴言暴行 <input type="checkbox"/> 過食 <input type="checkbox"/> 帰宅願望 <input type="checkbox"/> 異食行動 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 拒食 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 | |
| 認知症の具体的症状や対処法 | |
| | |