

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 () 医院) <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()	在宅療養に対する本人・家族の意向や希望
<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 ()	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	