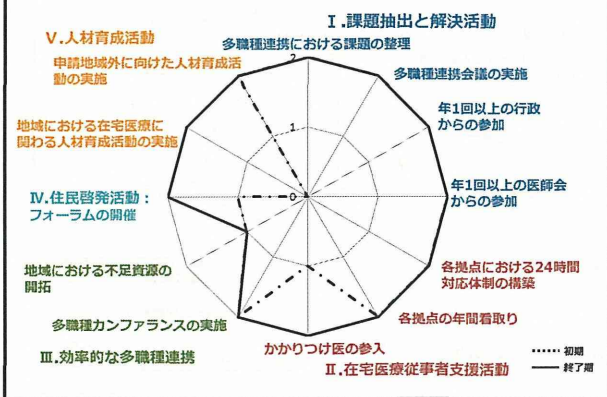
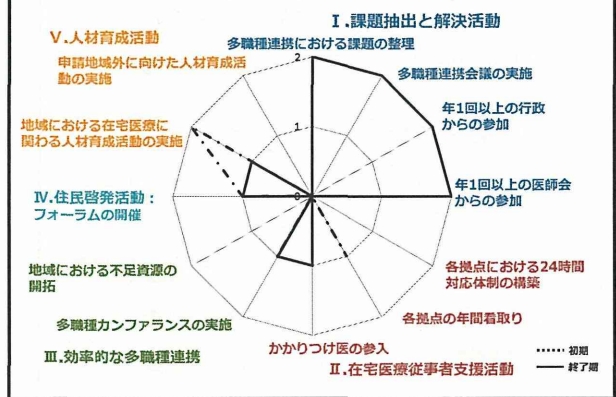


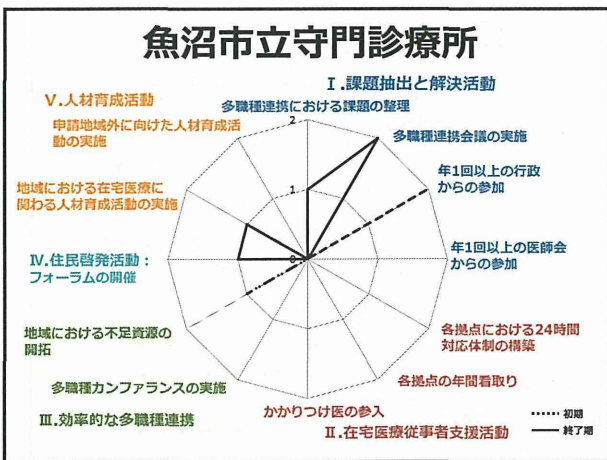
## ナカノ在宅医療クリニック



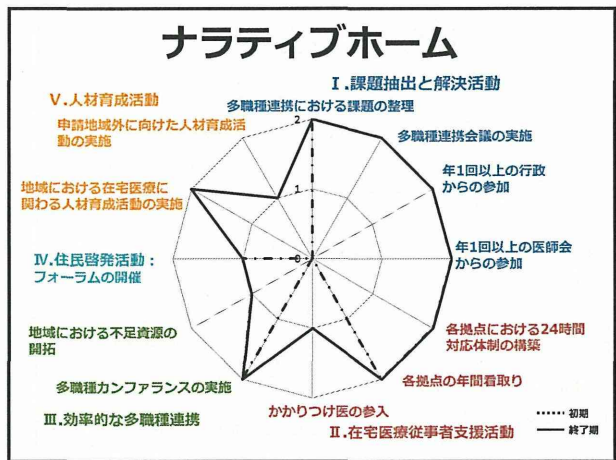
## 筑波メディカルセンター



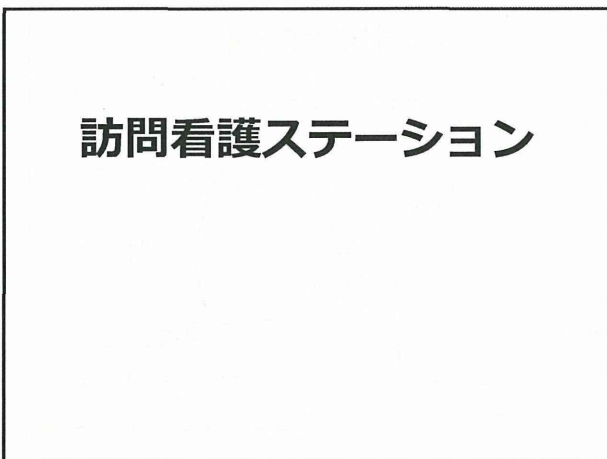
## 魚沼市立守門診療所



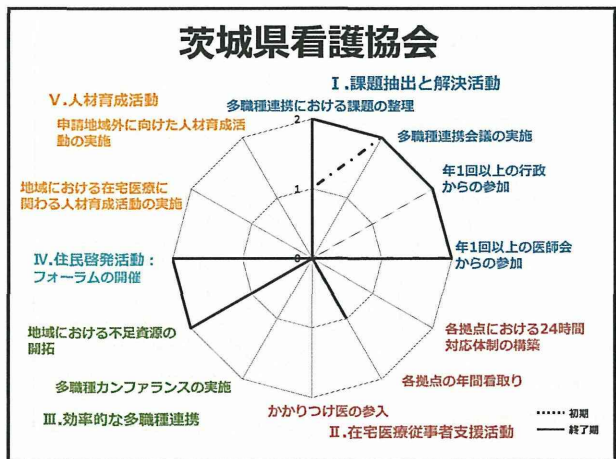
## ナラティブホーム

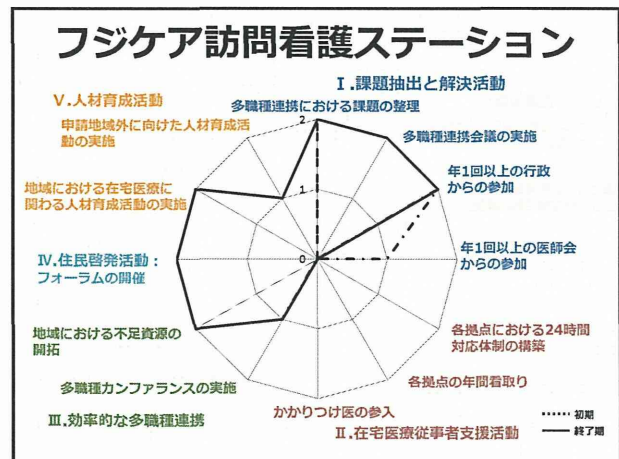
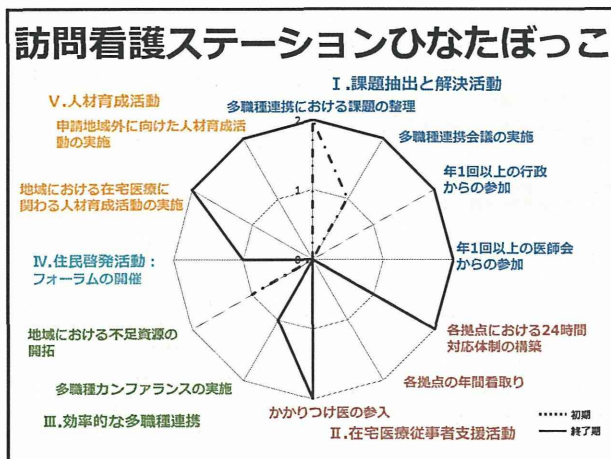
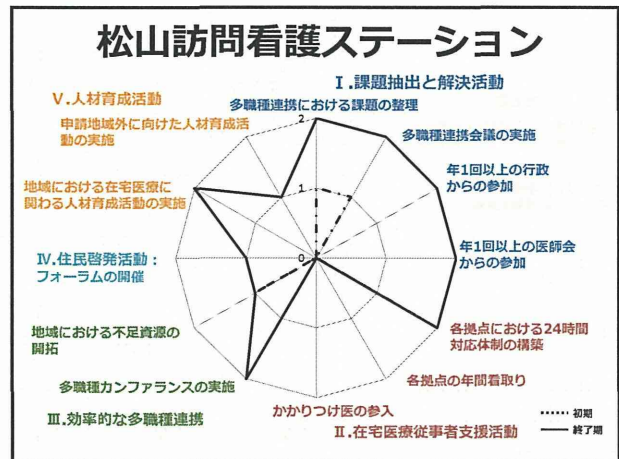
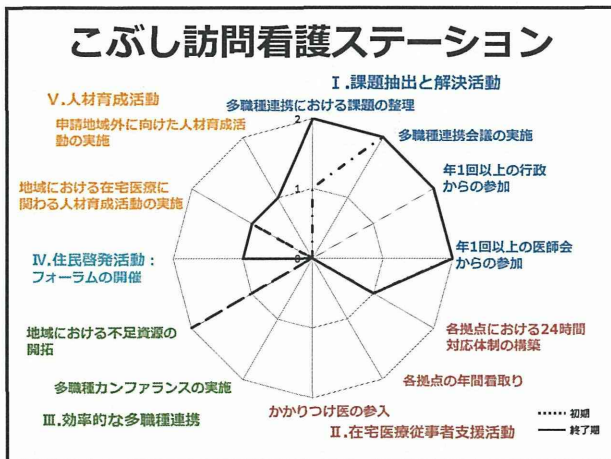
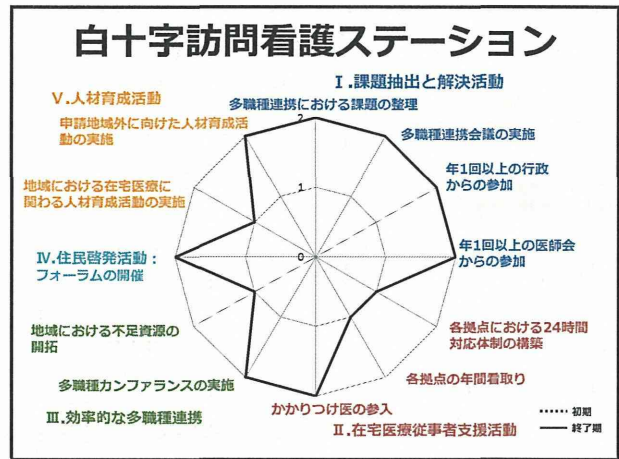
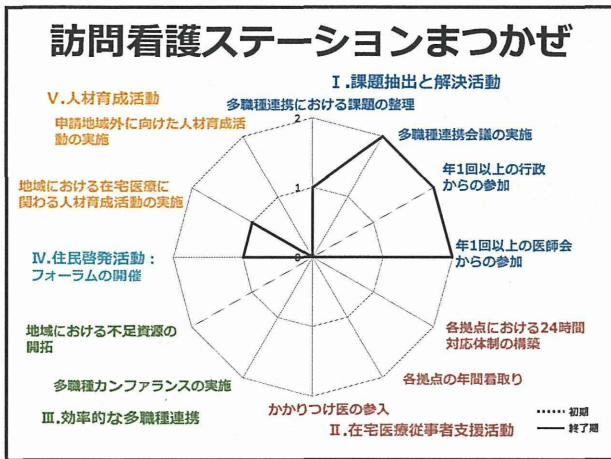


## 訪問看護ステーション

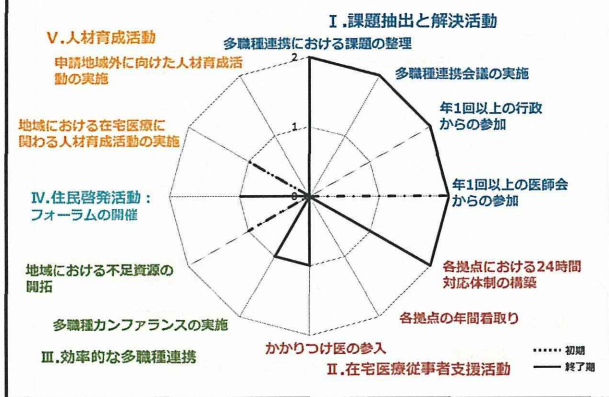


## 茨城県看護協会

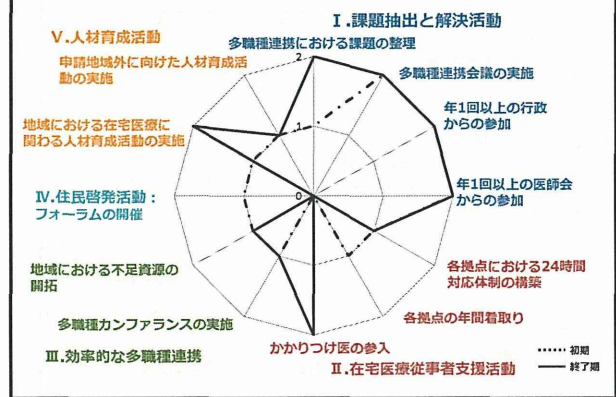




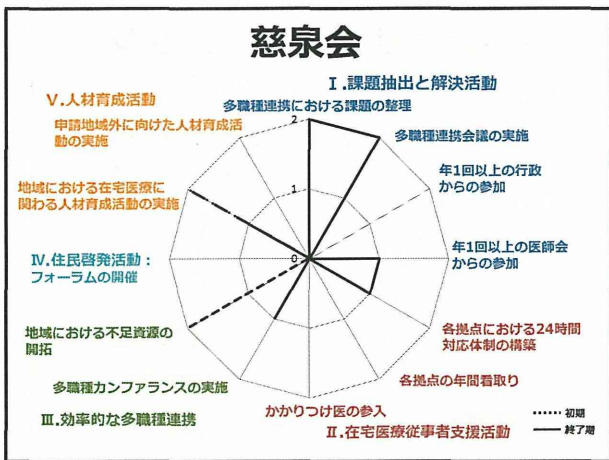
## 日田市医師会立訪問看護ステーション



## 別府市医師会立訪問看護ステーション

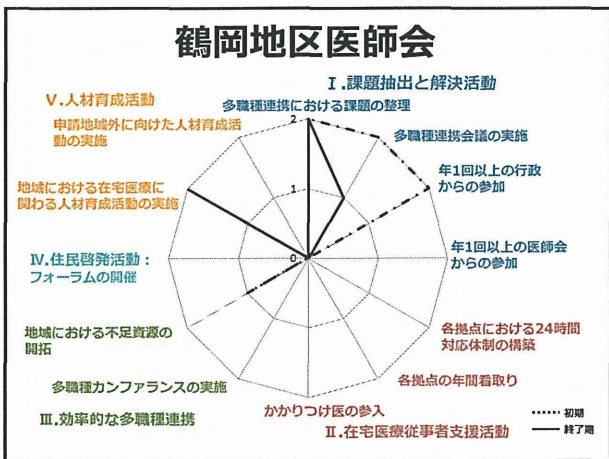


## 慈泉会

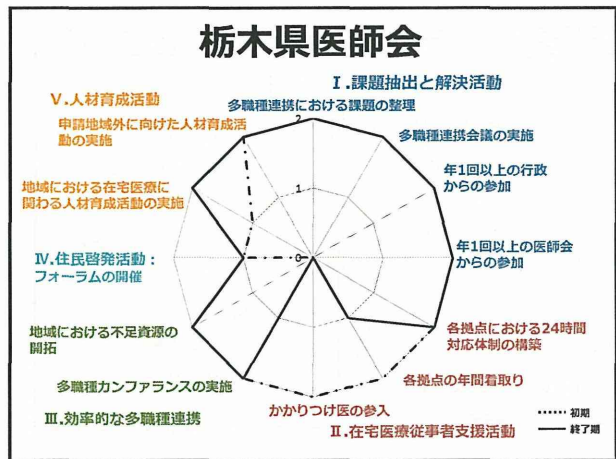


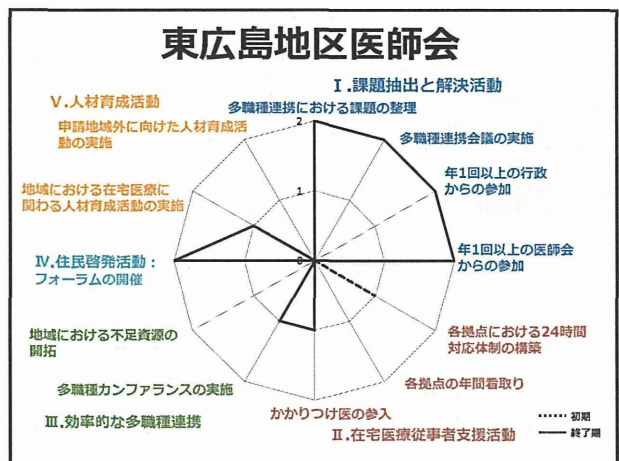
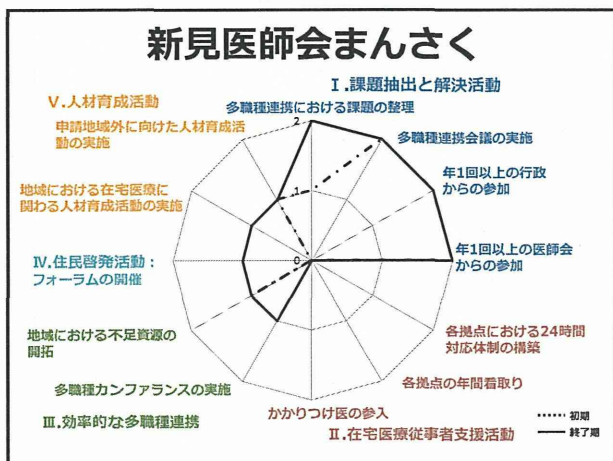
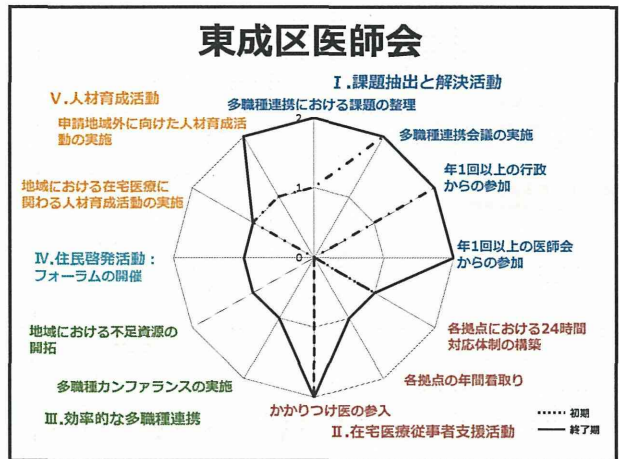
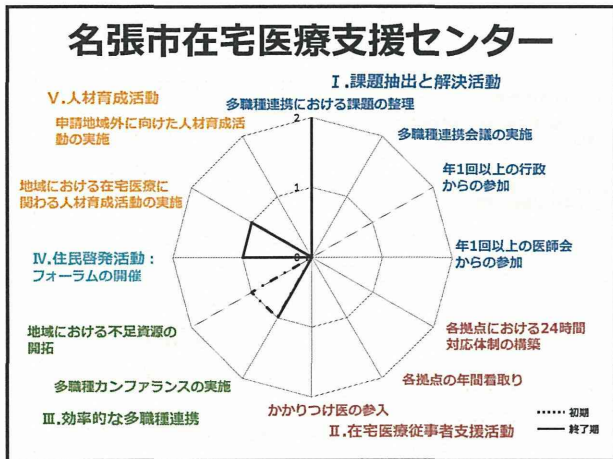
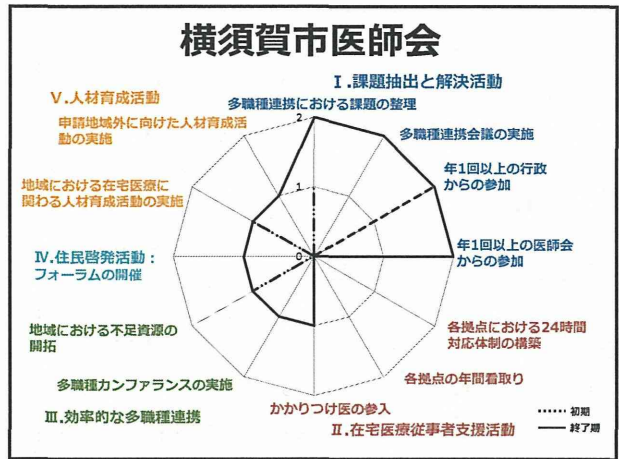
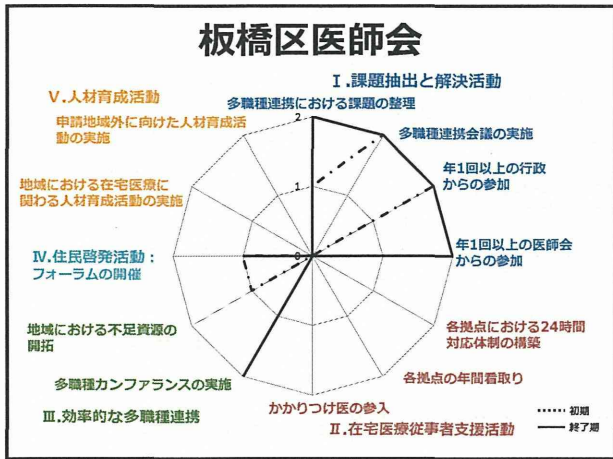
## 医師会

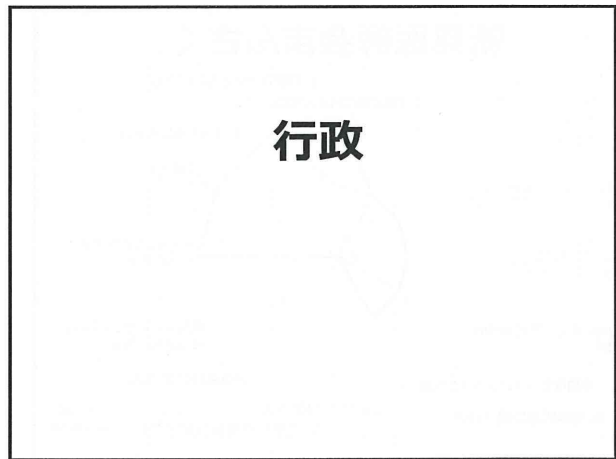
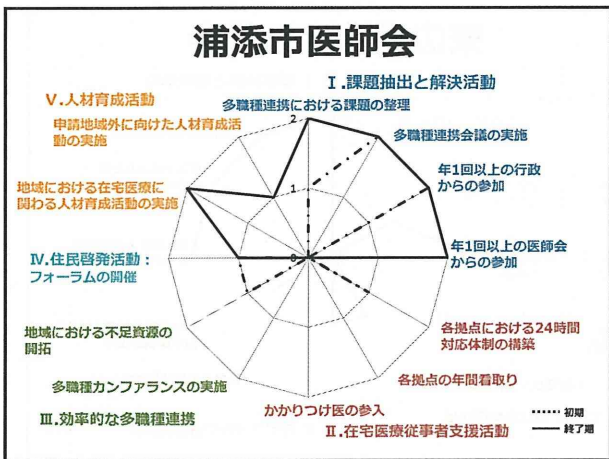
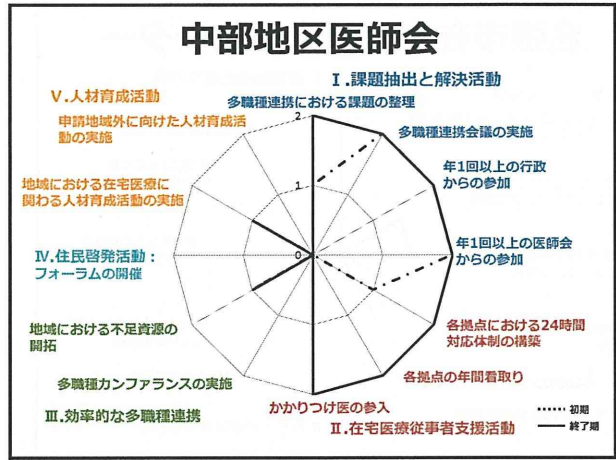
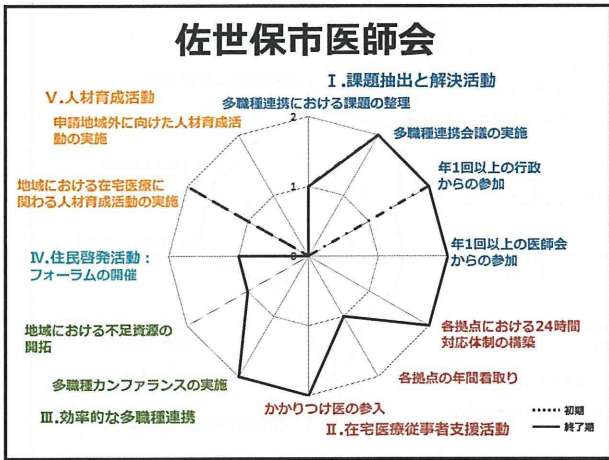
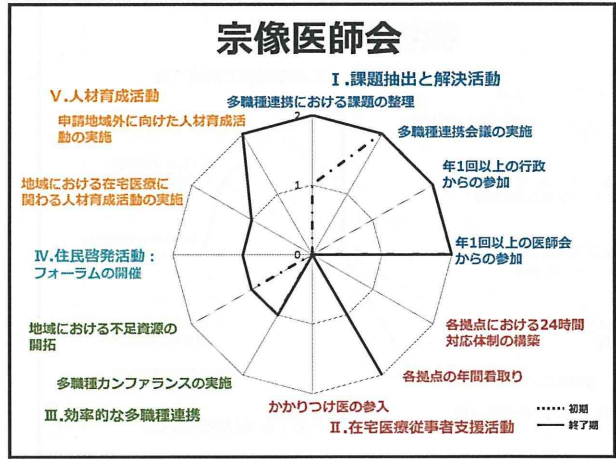
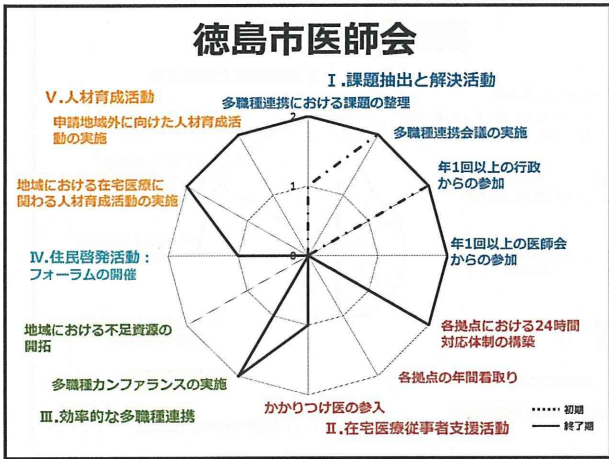
## 鶴岡地区医師会

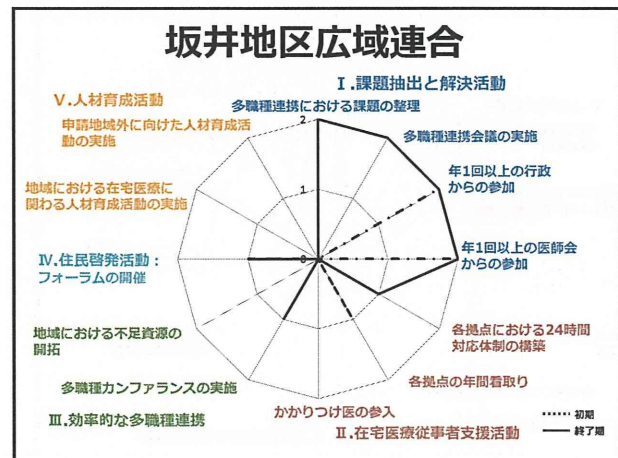
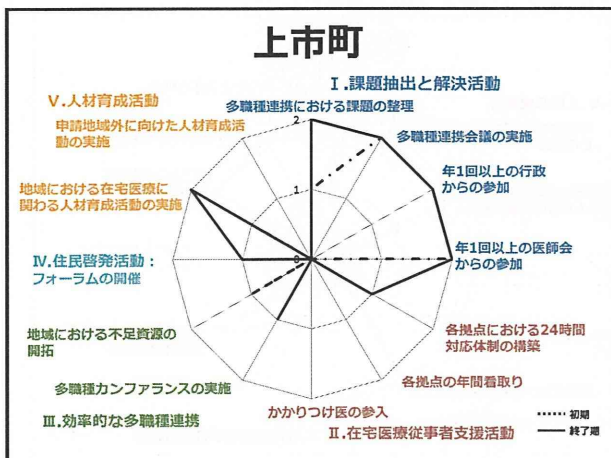
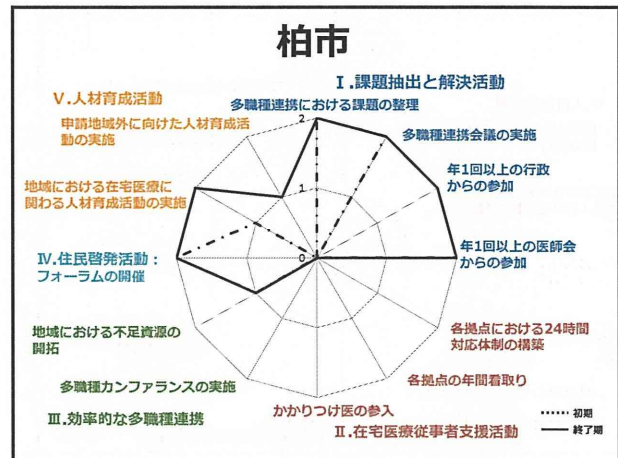
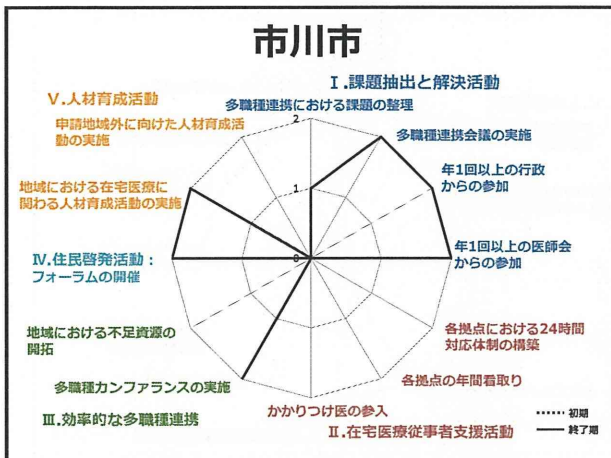
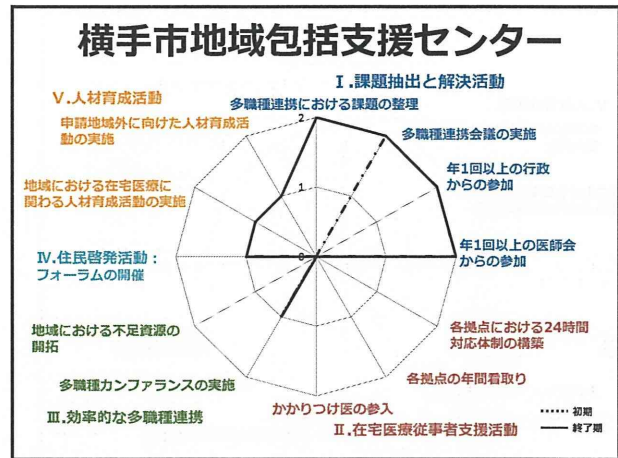
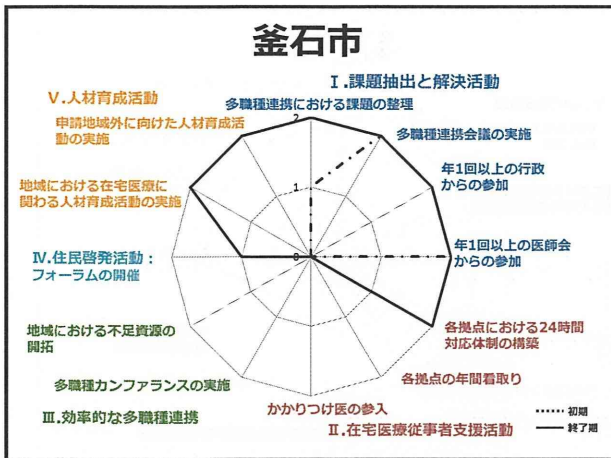


## 栃木県医師会

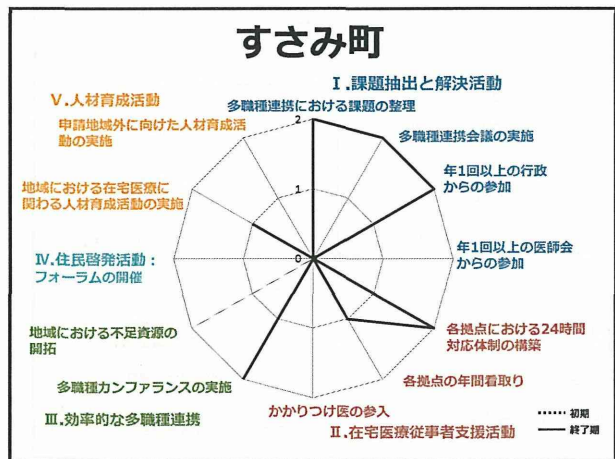
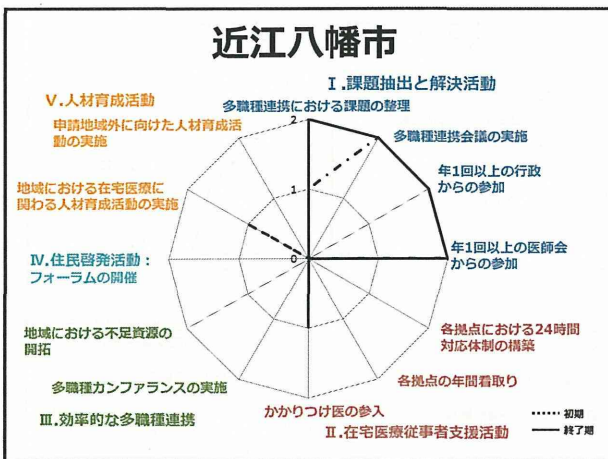
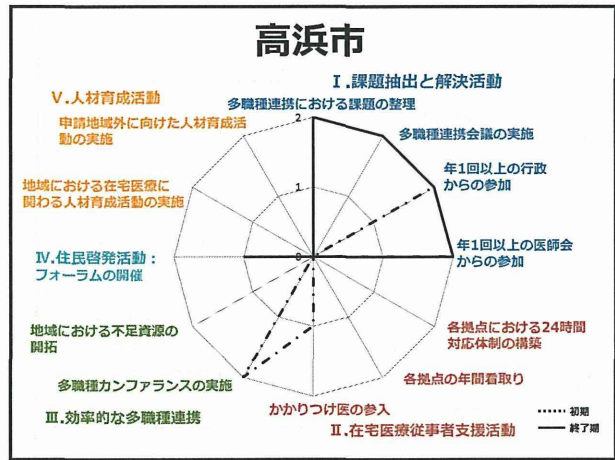
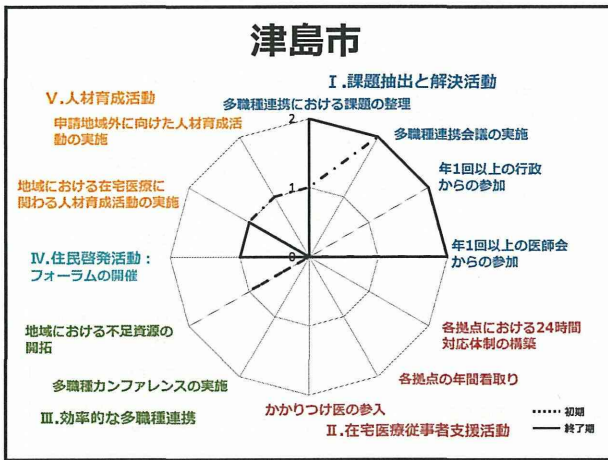
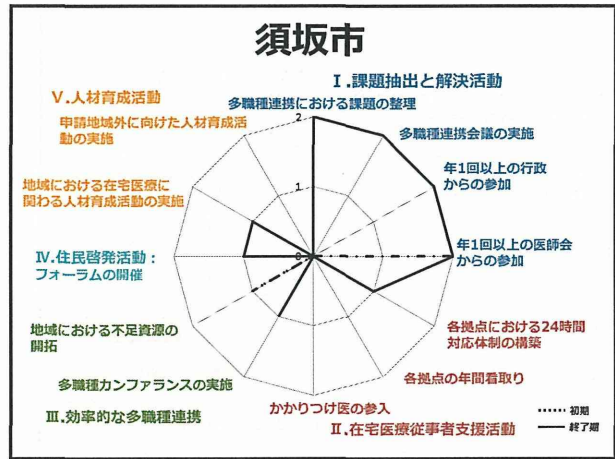
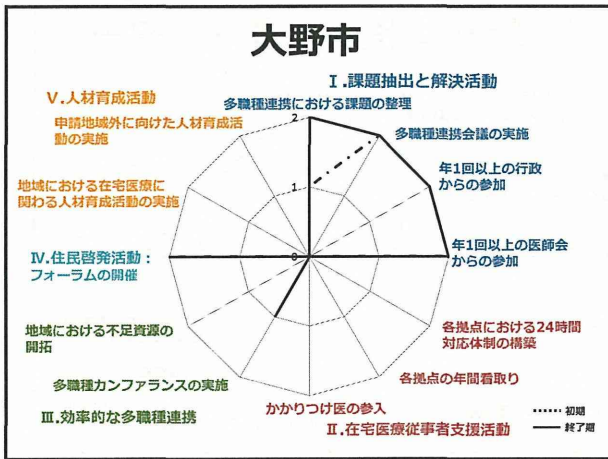


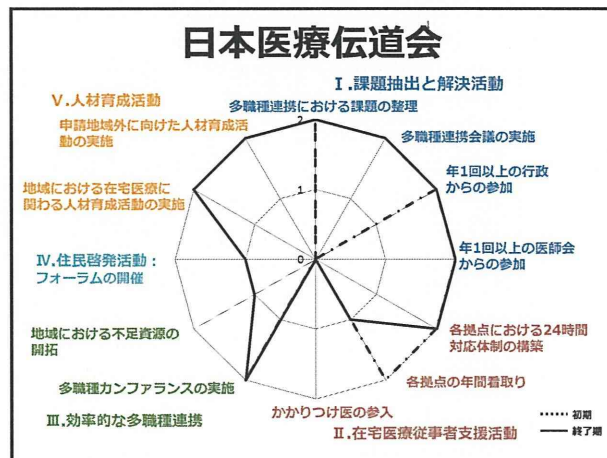
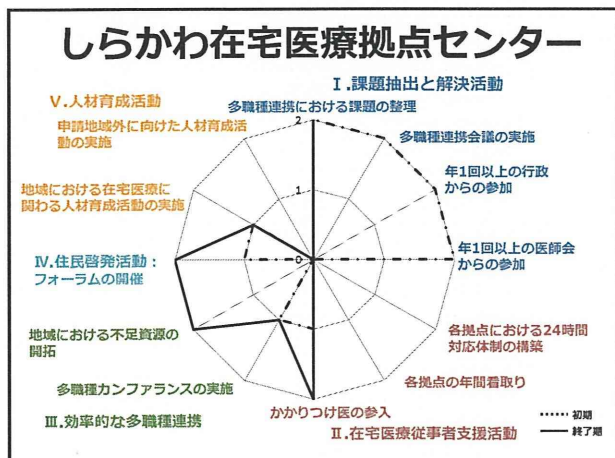
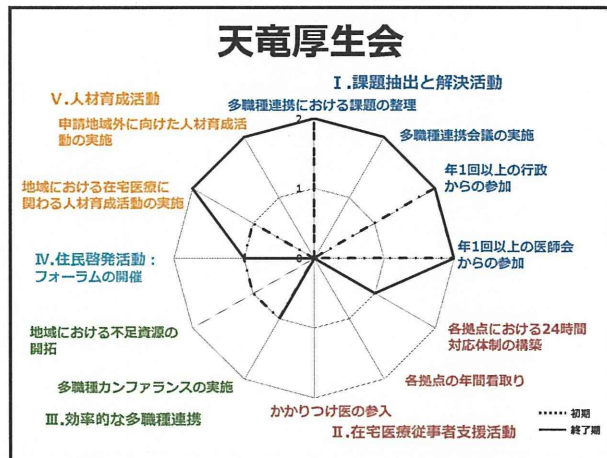
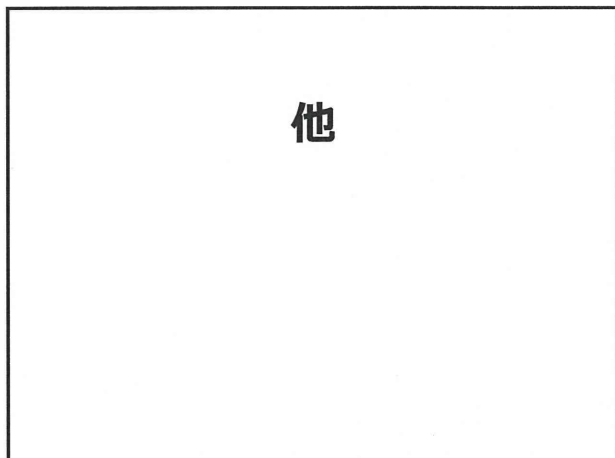
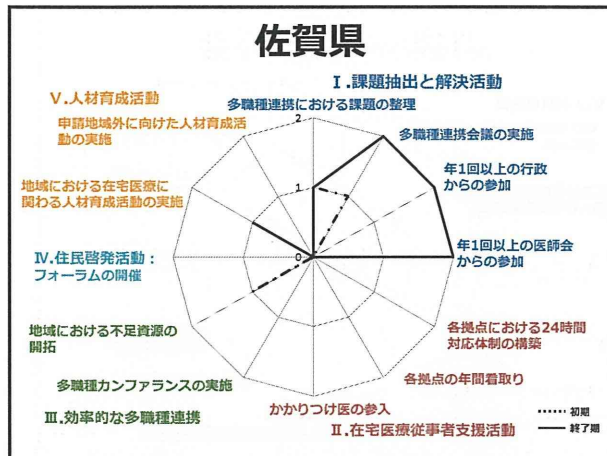
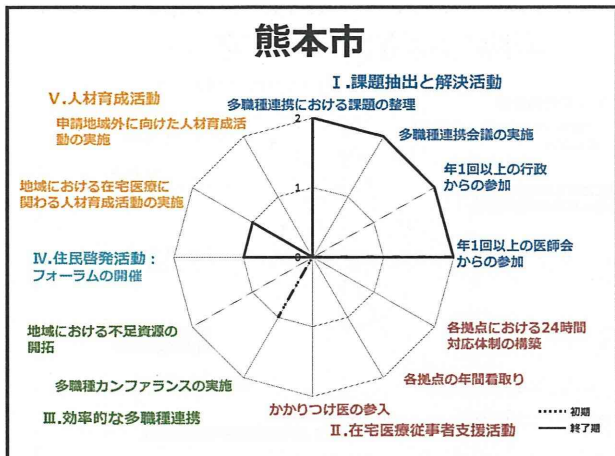




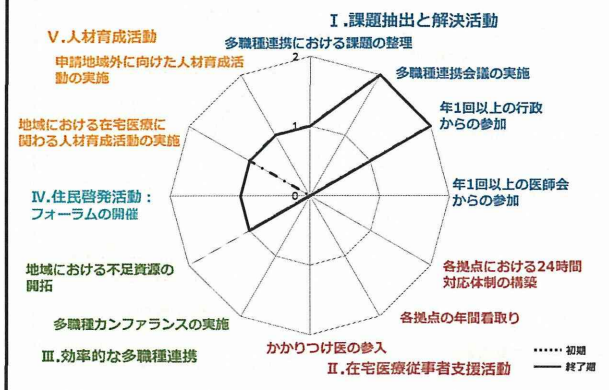




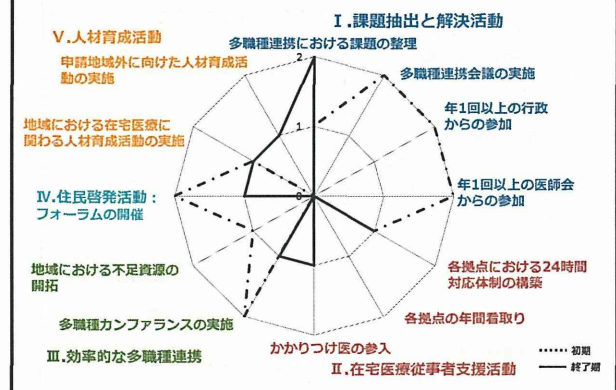




# 京都府歯科医師会



# 薬局つばめファーマシー



# 初期 <共通シート>

事業所一覧
社会医療法人恵和会 西岡病院
公立つるぎ病院
みどり病院
社団法人因島医師会因島医師会病院
医療生活協同組合健文会 宇部協立病院
綾川町国民健康保険陶病院
医療法人聖真会 渭南病院
医療法人博愛会頼田病院
玉名郡市医師会立玉名地域保健医療センター
臼杵市医師会立コスモス病院
社団法人肝属郡医師会 肝属郡医師会立病院
もりおか往診クリニック
新田クリニック
医療法人聖徳会小笠原内科
社会福祉法人天竜厚生会
医療法人有心会 大幸砂田橋クリニック
医療法人・社会福祉法人 真誠会
社団法人鶴岡地区医師会
名張市在宅医療支援センター
坂井地区広域連合
大野市地域医療相談支援センター
高浜市 保健福祉グループ
熊本市

(札幌市豊平区西岡・福住地区在宅医療連携拠点事業推進協議会 とよひら・りんく)平成23年11月14日作成

**相談依頼書**

依頼者	平成 年 月 日
医師・看護師・ケアマネージャー・家族・その他	西岡病院地域連携室 担当:岡村・川村
ご依頼機関名	TEL (011)853-8322
ご連絡先 TEL:	FAX (011)853-7975

**1. 患者基本情報**

患者氏名	男・女	生年月日	M・T・S・H	年 月 日
		年 齢		歳
住所	TEL:			
要介護度	未申請	申請中	要支援 1・2	要介護 1・2・3・4・5
家族構成	①独居 :主介護者(本人との関係)			
	②同居 :主介護者(本人との関係)			
現在の療養状況	1. 在宅療養中		2. 入院中(医療機関名: ) 退院予定( 月 日予定)	
	3. 施設入所中 (施設名称: )		4. その他	
	家族構成			

**2. 診断名・現在の状況**

疾病名	【主病名及び既往歴】
患者状況	【現状・経過・治療内容(投薬内容)・予後・告知の有無など】
	【認知症】 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (HDS-R /30点) 【BPSD】 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(具体的に書いてください: )
	【現在利用しているサービス】
医療処置	<input type="checkbox"/> 点滴の管理 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> ストーマの処置 <input type="checkbox"/> レスピレーター <input type="checkbox"/> 気管切開の処置 <input type="checkbox"/> 疼痛の看護 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> カテーテル <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 褥瘡の処置 その他

**3. 相談内容**

--

主治医		医療機関名	TEL:
訪問看護師		事業所名	TEL:
ケアマネージャー		事業所名	TEL:

## 診療情報サマリー

作成日:

患者ID			医療機関名および主治医				
患者氏名			性別	<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女	年齢	歳
電話番号			生年月日				
患者住所							
緊急時連絡先氏名:			電話番号:				
傷病名(現病名)			既往歴				
現時点での問題点、課題							
家族構成、背景(キーパーソン: )			病気の受け止め方 本人:				
			家族:				
処方内容							
感染症: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )			アレルギー: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )				
介護保険申請: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有			介護区分:				
担当ケアマネジャー:			(所属: )				
現時点で利用されているサービス							
<input type="checkbox"/> 訪問看護 ( ) <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問リハ <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 通所リハ <input type="checkbox"/> 短期入所 <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与 <input type="checkbox"/> その他 ( )							
障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度)			認知症高齢者の日常生活自立度				
日常生活活動(ADL)の状況							
移動	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全面介助	食事	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全面介助
排泄	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全面介助	入浴	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全面介助
着替	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全面介助	整容	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全面介助
特記すべき事項							

※検査結果 別紙参照

白山ろく・鶴来 在宅連携医療機関

《入院に伴う介護情報記録書》

(提供日) 平成 24 年 9 月 6 日

(情報提供元) 居宅介護支援事業・介護予防支援事業(○印)

(提供方法) 持参・郵送・E-mail・その他

事業所名 住宅福祉センター

電話番号(TEL) (078)

担当者名

FAX (FAX) (078)

ふりがな	(生活形態) 独居(同居/同居者)	(カルテID)
利用者氏名	(男・女) 生年月日 (明・大・昭) 7 年 3 月 / 日 (80 歳)	
【介護保険】要介護度	3	有効期限 23 年 6 月 / 日 ~ 25 年 5 月 31 日
(主治医)	医院・クリニック・病院 内科 医師名	
【医療保険】後期高齢者・国保・健保(政管・組管・日特)・共済(国公・地公・私学)・船員・生保		CW
【緊急連絡先】	【家族構成】キーパーソンには※印	
①氏名	続柄 夫	電話(078) 6077
住所	面E 1-15-19	携帯(090) 9765
②氏名	続柄	電話( ) -
住所		携帯( ) -
③氏名	続柄	電話( ) -
住所		携帯( ) -
	在宅における状況	(特記事項)
疾病の状態 (主治医意見 書等参照)	主病名 反復性うつ病、格差病、肝硬変 主症状 既往歴 変形性膝関節症、脳血管性認知症、術後リンパ腫	(感染症、手術歴等)
食 事	自立・一部介助・介助)その他 (ペースト・刻み・ソフト食・普通/経管栄養) 治療食(制限等)	
口腔ケア	自立・一部介助・介助)その他	
移 動	自立・一部介助・介助)その他 (見守り・手引き・杖・シルバーカー(歩 行器)・車椅子・ストレッチャー)	(独自の方法・転倒危険)
入 浴	自立・一部介助・介助)不可(シャワー・滑拭)	
排 泄	自立・一部介助・介助)その他	
夜間の状態	良眠・不眠)状態: 服薬の服用:(有)・無	
服薬状況	自立・一部介助・介助)その他 内容)	B28 51 錠 ・セルタン→セルール 明利 ローゼレム
生活歴・ 性格など	平成19年より介護サービス利用。思い込みが強い。趣味は読書、旅行、ゴルフ。平成23年11月、攻撃的にふるまい、24日より離れなくなり返すのを拒否し増える	
日常生活の 自立度	障害老人の日常生活自立度(変たきり度) □正常 □J1 □J2 □A1 □A2 □B1 □B2 □C1 □C2 認知症老人の日常生活自立度 □正常 □I □IIa □IIb □IIIa □IIIb □IV □M	
問題行動の 有無	□無 由有 ⇒□幻視・幻聴 □妄想 □昼夜逆転 □暴言 □暴行 □介護への抵抗 □徘徊 □火の不始末 □不潔行為 □異食行動 □性的問題行動 由その他(月の前)のものによる	
他科の受診 状況	①疾患名 反復性うつ病 病院名 西神戸医療センター 診療科目 精神 科 医師名 佐藤 倫明 ②疾患名 病院名 診療科目 科 医師名 ③疾患名 病院名 診療科目 科 医師名	
介護サービ ス利用状況	訪介( )週、訪看( )週、訪入( )週、訪リハ( / )週、通所介護(乙)週、通所リハ( )週、 ショートステイ( )月、その他( )	
・住宅環境	二世帯住宅で奥の部屋。急な認知症? 症状の進行に、自宅での介護 に力を入れている。近所から来る。入居して	
・転帰先	介護施設	
・留意事項	認知症による。私の業務には関係ないとのこと。介護施設	

※利用者(家族)の承諾を得て、利用者の入院・入所に伴い入院(所)先の関係者へ情報提供致します。転院/介護希望

介護予防サービス事業所用 診療情報提供書

居宅介護支援事業所 様  
介護予防支援事業所

ふりがな				性別	生年月日	□明治	年	月	日
利用者氏名				□男		□大正			
				□女		□昭和			
利用者住所									
要介護区分	□要支援1 □要支援2 □要介護1 □要介護2 □要介護3 □要介護4 □要介護5								
主たる疾病名	①			③					
	②			④					
経過及び現症	血圧 / mmHg 脈拍 回/分 (整・不整)								
投薬	① /朝・昼・夕			④ /朝・昼・夕					
	② /朝・昼・夕			⑤ /朝・昼・夕					
	③ /朝・昼・夕			⑥ /朝・昼・夕					
感染症の有無	□有 ( ) □無 □未検査								
アレルギー	□有 ( ) □無								
皮膚疾患	□有 ( ) □無								
障害老人の日常生活自立度	□正常 □J1 □J2 □A1 □A2 □B1 □B2 □C1 □C2								
痴呆性老人の日常生活自立度	□正常 □I □II a □II b □III a □III b □IV □M								
主治医の意見 (上記サービスの提供にあたっての注意事項等)									
緊急連絡先									

平成 年 月 日

住所

電話番号

医療機関名

医師名





患者基本情報		地域連携診療計画書(大腿骨近位部骨折 地域連携バス)			
フリガナ 患者氏名 生年月日 (M・T・S・H 年 月 日)		病院 (ID)		病院 (ID)	
性別 男・女		入院日(年 月 日)退院日(年 月 日)		入院日(年 月 日)退院日(年 月 日)	
診断名 □左 □右 大腿骨近位部骨折		担当 Dr.(PT・OT) Na.(その他)		担当 Dr.(PT・OT) Na.(その他)	
入院時情報		現在			
□左 □右 □頸部 □肩胛部 □肘部 □腕部 □手関節部 □手関節下		荷重制限: □無 □有 歩行状態: (◎自立 ○見守り △一部介助 ×全介助) 病棟( ) □車椅子 □歩行器 □杖 訓練室( ) □平行棒 □歩行器 □杖 筋力低下: □無 □有 (□重度 □中度 □軽度) 可動域制限: □無 □有 部位(股・膝・足・他: 疼痛: □無 □有 部位( ) 対策 □内服 □座薬 □注射 □外用薬( ) 内科管理: □無 □有 ( ) 医療知識: □無 □有 ( ) 創部感染: □無 □有 ( ) 食事: □普通 □治療食( ) 排泄: □トイレ □トイレ □オムツ □その他( ) 清潔: □入浴 □シャワー □清拭 □自立 □一部介助 □全介助 認知症: □無 □有 (□徘徊 □暴言 □介護抵抗 □その他) リハビリ: リハ開始( / ) 車椅子座位( / ) 平行棒( / ) 歩行器( / ) 杖( / ) 階段( / ) 屋外( / ) 入院中の転倒: □無 □有			
受傷日 年 月 日		日常生活機能評価表 合計点 ※0~19点			
受傷原因 □転倒 □転落 □交通事故 □その他		患者の状況		患者の状況	
受傷場所 □屋内 □屋外		日常生活機能評価表 合計点 ※0~19点		日常生活機能評価表 合計点 ※0~19点	
手術日 年 月 日		0点 1点 2点		0点 1点 2点	
術式 □人工骨頭 インプラント名 (セメント有・無)		床上安静の指示		床上安静の指示	
□骨接合 インプラント名 ( )		どもかの手を握りまで持ち上げられる		どもかの手を握りまで持ち上げられる	
□手術なし		戻り		戻り	
		起き上がり		起き上がり	
		座位保持		座位保持	
		移動		移動	
		移動方法		移動方法	
		口腔清潔		口腔清潔	
		食事摂取		食事摂取	
		衣服の着脱		衣服の着脱	
		他者への意思の伝達		他者への意思の伝達	
		診察・療養上の指示が通じる		診察・療養上の指示が通じる	
		行動障害		行動障害	
		説明・連携など		説明・連携など	
		コメント欄(職種記入のこと)		コメント欄(職種記入のこと)	
		最終確認者( )		最終確認者( )	

医療・介護連携シート (病院→在宅・施設)

様

(面接日)

年 月 日

フリガナ 氏名	様	性	生年月日	生	年齢
入院期間	入院日	年 月 日	～ 退院(予定)日	年 月 日	
病名			服薬内容	自立・一部介助・全介助	
既往歴					
要介護度	未申請・区分変更中・新規申請中・非該当		介護認定	要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5	
	認定日		有効期間	年 月 日～ 年 月	
入院中の経過					

入院中の状況			在宅療養上の留意事項			
食事摂取	食事	自立・見守り・一部介助・全介助・経管栄養・輸液	食事内容：一般食・特別食 ( )			
	形態	主食 ( 常食・粥・ミサー )	Kcal			
		副食 ( 普通・ソフト食・刻み・ペースト )	禁止食品：			
		とろみ なし・あり ( )	内容・量等：			
方法	経口・経管栄養(鼻腔・胃ろう・腸ろう)					
	嚥下状況：良・不良	咀嚼状況：良・不良	身長	cm	体重	Kg
排泄	排尿	自立・見守り・一部介助・全介助	カテーテル：(尿道・膀胱ろう・腎ろう) サイズ：( Fr.)			
	排便	自立・見守り・一部介助・全介助	最終交換日： 年 月 日			
	失禁	なし・あり ( )	排便状況：( 日1回) 排便コントロール： 不要・要			
	方法	トイレ・ポータブルトイレ・おむつ・カテーテル等	便秘薬使用状況：			
			オムツ・リハビリパンツ：( 常時・夜間のみ )			
入浴	洗身	自立・一部介助・全介助・行っていない	入浴の制限：なし・あり			
	方法	一般浴・シャワー浴・機械浴・消拭	体温( 度)以上中止	血圧( mmHg)以上中止		
移動	歩行	自立・見守り・一部介助・全介助	リハビリの必要性：なし・あり ( )			
	移乗	自立・見守り・一部介助・全介助	内容：			
	方法	独歩・杖・老人車・歩行器・車椅子・その他	運動制限：なし・あり ( )			
			住宅改修の必要性等：なし・あり ( )			
夜間の状態	良眠・不眠 ( 状態： )					
	睡眠薬： なし・ときどき・常用					
認知精神面	認知症高齢者の日常生活自立度：					
	精神状態(疾患)：なし・あり ( )					
褥瘡	なし・あり ( )	床ずれマット：不要・要 種類：				
		体位変換：不要・要 ( )時間毎				
口腔清潔	自立・見守り・一部介助・全介助					
		口腔の痛み：なし・あり ( )				
感染症の有無	なし・あり ( )					
		歯菌の不具合：なし・あり ( )				
医療的処置	インスリン注射( )		在宅薬(安静時 L. 労作時 L)			
	吸引( )		人工呼吸器(種類： ) 使用状況：常時・夜間のみ・その他( )			
その他療養上の留意事項	中心静脈栄養(内容： )		気管カニューレ( Fr.)			
	人工肛門( )		自己導尿( 時間毎)			
	疼痛管理( )		その他( )			

情報提供元の医療機関名

所 属 電話番号  
氏 名

※ | チーム医療を提供するための情報共有システムの整備とその評価  
1、患者情報共有体制(IT化)の整備の有無

具体的内容

情報共有と在宅関係者間のコミュニケーションの円滑化を目的とし、下記の5機能を開発いたします。

①在宅患者台帳

在宅患者の基本情報を管理します。

- ・基本情報…氏名、年齢、住所、保険、家族、ADL等
- ・医療情報…処方、主病名、既往、アレルギー、禁忌、栄養状態等
- ・生活環境…家屋情報、家具、陽当り、居室、家庭環境、周辺情報等

②連絡票

在宅中に日々発生する情報を登録し、患者の日々の状況が時系列に把握できます。

- ・各種訪問記録…医療、歯科、介護、リハ、看護、処置、褥瘡
- ・指示書…訪問看護、訪問リハ、訪問注射、薬剤管理
- ・画像、動画のアップロード。ボイスメモへの対応

③Webメール

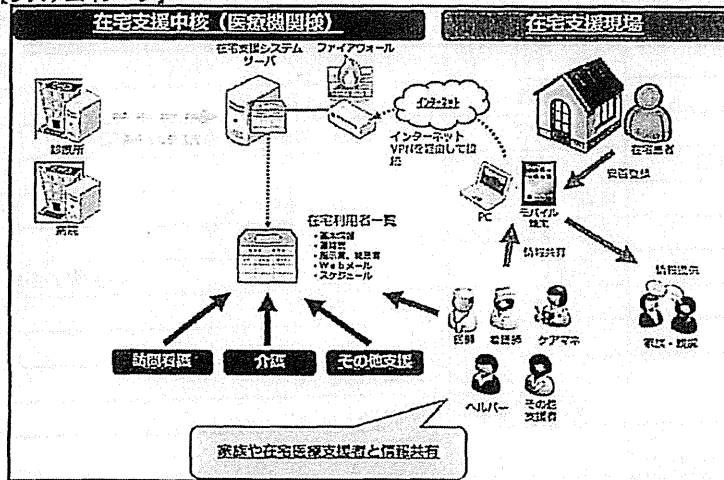
チーム医療関係者のコミュニケーションツールに利用します。

在宅支援拠点にも転送を行い、関係者間で、質疑応答がスムーズに行われているかチェックし、回答の督促などを支援いたします。

④インターネット、モバイル環境への対応

HTML5を使用し、屋内～屋外からでもシステムを利用できます。

[システムイメージ]



※セキュリティについて

- 職種毎に参照できる情報を制限します。
- システムの利用履歴、過去の更新情報を保存し、不正操作の追跡を可能にします。
- アクセスを行う際は、ID、パスワードを用い利用者の認証を行います。
- 固定端末IDの管理を行い、不特定の携帯端末からのアクセスを制限します。
- 通信内容は、VPNの技術で暗号化いたします。

※2 2、カルテシステムとの連動の有無

具体的内容

電子カルテと連動を予定している情報は下記4点となります。

- ①処方…処方日、薬剤名、用法、用量、施設名、診療科、医師名、薬剤情報(写真含む)
- ②主病名…病名、開始日、転帰、医療機関名、診療科、医師名
- ③指示書…訪問看護指示書、訪問点滴指示書、訪問リハビリ指示書
- ④カルテ情報…往診時の主にSOAPのP項目を転送。記載内容はテンプレートにて標準化。

訪問診療・訪問看護 紹介依頼 送信票

受付日	年	月	日		
家族構成	ID.			性別	男 女
	しめい			明治 大正 昭和 平成	
	氏名			生年月日	( )
	診療科	病棟		担当医師	
	入院日			保険	
	診断名				
	処置等				
現住所	〒( )			電話番号	( ) -
連絡先					
紹介の目的					
介護保険	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> あり (区分: 有効期限 年 月 日)				
	事業所名:		TEL - -		
訪問看護	<input type="checkbox"/> なし				
	<input type="checkbox"/> あり 訪問日: /週( )				
備考					
紹介SW	氏名:		TEL0948-22-3800 内線(2639)		
書類確認	緊急連絡先・在宅療養計画書・延命確認				

作成部署:在宅医療支援本部  
作成日: 2012. 6. 14