

たまな在宅医療ネットワーク 登録患者様用 緊急連絡一覧(案)

様 緊急時連絡先

住所

TEL

ご家族緊急時
連絡先

①主治医

住所

TEL

②訪問看護ステーション

事業所名

住所

TEL

夜間休日等(担当訪問看護師連絡先)

担当者 携帯

担当者 携帯

担当者 携帯

③担当介護支援専門員

氏名

住所

TEL

事業所名

④緊急時の入院先:玉名地域保健医療センター
0968-72-5111(玉名市玉名2172)

★たまな在宅ネットワーク相談窓口(24時間対応)
0968-76-7066(医療センター医療連携室)

医療福祉連携シート 退院用

白杵市医師会立コスモス病院

フリガナ		性別	年齢	生年月日
氏名		男性		
入院日		退院日		

		退院時の状況		情報提供	
作成日			かかりつけ医	
記入者	看護師	病棟		訪問看護	
	ソーシャルワーカー			特定疾患	
医療情報	病名			居宅介護支援事業所	
	主治医			ケアマネジャー	
	リハビリ	PT ST	OT	介護度	<input type="checkbox"/> 支1 <input type="checkbox"/> 介1 <input type="checkbox"/> 介3 <input type="checkbox"/> 介5 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 支2 <input type="checkbox"/> 介2 <input type="checkbox"/> 介4 <input type="checkbox"/> 未申請
服薬管理	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		栄養・褥瘡		
食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> きざみ <input type="checkbox"/> ペースト <input type="checkbox"/> 経管栄養				
口腔ケア	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助				
寝返り	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		リハビリ		
座位保持	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助				
立位	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助				
移動	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子				
排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> パルーン <input type="checkbox"/> ストマ <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> リハビリパンツ				
入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 補助浴 <input type="checkbox"/> 機械浴				
衣服着脱	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助				
認知症	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	MMSE (点)	BPSDなど		
意思伝達	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 ()				
行動障害	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()				
睡眠障害	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()				
カンファレンス情報					

添付書類

- 心不全 服薬 胃腸 リハビリ
- 糖尿病 褥瘡・皮膚 栄養 その他

<ケアマネジャー様へ> 第3表 週間サービス計画表が出来ましたら地域医療福祉連携室へお届け下さい。右記入欄は再入院時の情報提供の際にご利用下さい。

入院時情報提供書 (居宅介護支援事業所→病院・診療所)

様

作成日

以下の情報は、利用者本人及び家族の同意に基づき提供しています。

基本情報

ふりがな 氏名		性別		生年月日	
住所				自宅 携帯	
ふりがな 主介護者		性別		続柄	
世帯状況		住環境等			
入院理由					
生活状況					

介護保険等情報

要介護度		有効期間		被保険者番号	
		～			

疾患及び
ADL情報

サービス 利用状況					
障害高齢者の 日常生活自立度		認知症高齢者の 日常生活自立度		既往歴 現病歴	
ADL等状況		入院前	退院後	備考	
	食事	食事 形態			
	排泄	排尿 失禁 方法			
	着脱	上着 ズボン			
	移動	歩行 移乗 方法			
認知症 の症状					

退院に向けてのお願い

- 1) 退院が決まり次第、ご連絡をいただければ幸いです。
- 2) 必要に応じて退院時の情報提供をお願い致します。

事業所名
担当者名
電話番号
FAX番号

問2-2) 添付資料

緊急時連絡表

施設名 _____	担当者 _____
住所 _____	電話番号 _____

【基本情報】

【記載日】 平成 年 月 日

氏名	(フリガナ)		男・女	生年月日	明治・大正・昭和	住所	電話
					年 月 日		
保険証	被保険者名	血液型	A B O AB	種 有・無	HBs	抗原()	抗体()
					HCV		
家族等 (キーパーソン)		氏名	①	②			
		住所					
		電話					
		関係					
既往歴 (現有疾患含む)							
入院(入所)歴							
かかりつけ医		①	②				
ADL	移動	自立・一部介助・全介助	排泄	自立・一部介助・全介助			
	入浴	自立・一部介助・全介助	食事	自立・一部介助・全介助			
	着替え	自立・一部介助・全介助	意思疎通	自立・一部介助・全介助			
	歩行・杖・車椅子	自立・一部介助・全介助					

※基本情報は入所時に記載して下さい。状態変化があった場合は基本情報の確認・更新をお願い致します。

【状況報告】 ※受診の際記載し、必ず持参下さい

①紹介理由 (症状・発生日時含む)	
②前日までの経過	
③血 圧	~
④体 温	℃
内服薬 (下剤・外用薬等含む)	
※お薬手帳がある方は記載不要ですので、手帳を持参願います。	
(引率者氏名: _____)	
特記事項	

「生活 まきまきノート」



この生き生きノートは、
あなたの医療や福祉に関わる関係者が、
あなたの健康に関する情報を
共有することによって、
あなたらしい生活が続けられる事を
願って作られたものです。

氏名:

※個人情報につき、誤送信厳禁

【FAX送信票】 北遠地域 医療・福祉相談用

平成 年 月 日

(機関・事業所名)

(所属)

(宛名)

様

(送信先FAX)

※送信前に番号を再度確認してください。

(機関・事業所名)

(職種)

(氏名)

(連絡先TEL)

(返送先FAX)

※送信前に番号を再度確認してください。

対象者氏名		生年月日	M・T・S 年 月 日	性別	男・女
住所					

相談・意見	返答意見
	(記入日) 平成 年 月 日
	(記入者氏名)

※情報提供に関する本人・家族の了解をいただいています。

【在宅医療連携拠点事業】北遠地域

相談受付表

平成 年 月 日

受付者:

相談者	病院名	主治医		電話	-
	事業所名	ケアマネ		電話	-
本人氏名		男・女	T・S・H 年 月 日 (歳)	キ パー ソン	(続柄:)
住所	〒:				
<主病名>					
<現在の状況>					
<アセスメント入院目的>					
<主治医の指示(注意事項)>					
<医療処置>					
<薬剤情報>					
感染症 無・有(感染症名:)					
食事	主食(米飯・おかゆ)	普通食・治療食	摂取カロリー()kcal、塩分制限:あり・なし		
自立度	<input type="checkbox"/> J自立、 <input type="checkbox"/> A準寝たきり(A1・A2)、B 寝たきり(B1・B2)、C 寝たきり(C1・C2)				
認知	<input type="checkbox"/> 自立、 <input type="checkbox"/> I、 <input type="checkbox"/> II(IIa・IIb)、 <input type="checkbox"/> III(IIIa・IIIb)、 <input type="checkbox"/> IV、 <input type="checkbox"/> M				
保険証	後期高齢者・国保・社保・生保	被保険者番号	保険者番号		
障・福(あり):なし、限度額認定証(なし・I・II)		要介護度	要支援()・要介護()		
入院 期間	第①希望	平成 年 月 日()	~	平成 年 月 日()	(日間)
	第②希望	平成 年 月 日()	~	平成 年 月 日()	(日間)

受け入れ側確認事項

ケアマネ

	情報提供書依頼	訪問看護サマリー依頼	ケアマネサマリー	他のケアマネの同席
日付				依頼 承諾

通信病院

連絡日	担当者	受入連絡日	受け入れ可否	
年 月 日		年 月 日	可	不可

【宛先】

西部地域医療連携ネットワーク2008. 8版

□病院 □医院 様

在宅ケア情報票

平成 年 月 日現在

ふりがな 氏名	様 (男・女)	明・大 昭・平	年 月 日	歳
住所				電話 - -
診療状況	<input type="checkbox"/> 通院 (定期・不定期・依頼時のみ) <input type="checkbox"/> 往診 (定期・不定期・依頼時のみ)		医療機関名 主治医名	
服薬内容				
介護保険	要介護度:		有効期間:	
認知症	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(軽度・中度・重度)(Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ・Ⅳ・Ⅴ)			
	周辺症状 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()			
日常生活	項目	自立度	介助方法等	
	移動	自立・見守り・一部介助・全介助	<input type="checkbox"/> 車イス <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 杖歩行	
	起居	自立・見守り・一部介助・全介助	<input type="checkbox"/> ベッド <input type="checkbox"/> 布団 <input type="checkbox"/> その他	
	食事	自立・見守り・一部介助・全介助	<input type="checkbox"/> 経口(箸、スプーン) <input type="checkbox"/> 経管 食事量()	
	排泄	自立・見守り・一部介助・全介助	昼間(<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> オムツ) 夜間(<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> オムツ)	
	入浴	自立・見守り・一部介助・全介助	<input type="checkbox"/> 入浴 <input type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> 清拭	
	更衣	自立・見守り・一部介助・全介助		
	服薬管理	自立・見守り・一部介助・全介助		
	具体的な特記事項			
サービスの利用状況	サービス項目		利用回数	事業所名
	通所	<input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション	(回 / 週)	
		<input type="checkbox"/> 通所介護	(回 / 週)	
		<input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護	(回 / 週)	
	訪問	<input type="checkbox"/> 訪問介護	(回 / 週)	
		<input type="checkbox"/> 訪問看護	(回 / 週)	
		<input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション	(回 / 週)	
		<input type="checkbox"/> 訪問入浴	(回 / 週)	
その他	<input type="checkbox"/> ショートステイ(短期入所生活介護)	(回 / 週)		
	<input type="checkbox"/> 配食サービス	(回 / 週)		
	<input type="checkbox"/> 福祉用具貸与等()			
特記事項:				
情報提供への同意	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (本人・家族:)			
居宅介護支援事業所名:			電話	
担当者名:				

鶴岡市Net4U活用のための医療・介護連携様式一覧表

No.	様式の名称	利用目的	作成者	送付先	様式	保健報酬	備考
1	入院前状況報告書	病院または、診療所に入院する利用者につき、当該病院又は診療所の職員に対して、利用者に関する必要な情報を提供する。	ケアマネ	病院又は診療所	様式 1	介護保険 (150単位)	
2	退院・退所情報提供書	退院・退所にあたって、病院等の職員と面接を行い、利用者に関する必要な情報の提供を求めることその他の連携を行なった場合に記載する。	ケアマネ	病院 診療所 介護保険施設	様式 2	介護保険 (400単位 又は600単位)	退院時サマリーに替えることも可
3	(訪問看護・訪問リハビリ・通所リハビリ・短期入所療養介護・短期予防療養介護)利用確認書	サービス利用の適否について確認する。	ケアマネ	病院 診療所 の主治医	様式 3	なし	予防サービスも含む
4	サービス担当者会議に対する照会(依頼)書	サービス利用にあたっての注意事項の確認等	ケアマネ	病院 診療所 の主治医	様式 4	なし	予防サービスも含む
5	(訪問介護・訪問入浴介護・訪問看護・訪問リハビリ・通所リハビリ・通所介護・短期入所生活介護・短期入所療養介護)利用申込確認書	サービス利用希望の確認	ケアマネ	サービス提供事業者	様式 5	なし	予防サービスも含む
6	利用者情報提供連絡票	利用者の体調や、生活状況、サービス利用状況の情報提供を行なうことにより、利用者及びケアマネジャーが治療や生活への助言を受ける。	ケアマネ	病院 診療所 の主治医	様式 6	なし	
7	介護保険利用者情報提供書	ケアマネジャーに対して居宅サービス計画の作成等に必要な情報を提供する	主治医	居宅介護支援事業者	様式 7	介護保険 (500単位 又は290単位)	訪問診療あるいは往診による計画的かつ継続的な医学的管理に基づく指導を行う場合には該当
8	Net4U情報共有依頼書	Net4Uを利用して情報を提供することの確認	ケアマネ	病院 診療所 の主治医	様式 8	なし	

<鶴岡市介護保険事業者連絡協議会 居宅介護支援事業者部会作成2011年2月改定>

機関名:

記載者:

内容 見直し

FAX禁止

フリガナ		住所	
氏名		(男・女)	電話
生年月日		(歳)	緊急連絡先
(明治・大正・昭和・平成) 年 月 日			緊急連絡先
主治医(かかりつけ医)		医療	電話
※市外の方は住所		機関名	FAX
かかりつけ歯科	(電話)	薬局	(電話)
居宅介護 支援事業所名		担当 専門員	電話
疾病名	現病歴	家族構成	
既往歴		主介護者	
		(健康状態 <input type="checkbox"/> 良・ <input type="checkbox"/> 不)	
告知 (<input type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> していない)	処方内容	キーパーソン	
疼痛コントロール (<input type="checkbox"/> できている <input type="checkbox"/> できていない)		感染症 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	
入院中or在宅の経過			
看護目標・介護目標及び現在の問題点			
利用者様・家族様の思い(療養について)			
利用者様・家族様への現在の説明(疾患について)			

※記入しきれないときは、適宜A4用紙にご記入ください。

日常生活 自立度	寝たきり度 認知状況	自立	J1	J2	A1	A2	B1	B2	C1	C2
		自立	I	IIa	IIb	IIIa	IIIb	IV	M	

坂井地区 在宅療養者情報共有フォーマット ①治療情報 (試行版調整案)

資料4

作成者

作成日

利用者名	棟	性別	生年月日	年齢	更新日
		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年 月 日		()
住所				電話番号	()
					()
疾患名 (症状)					()
【記入者】	<input type="checkbox"/> 経管栄養 (<input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 胃瘻 メーカー () サイズ () Fr)				
	<input type="checkbox"/> 点滴の管理 ()				
	<input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 ()				
	<input type="checkbox"/> 留置カテーテル (サイズ ())				
	<input type="checkbox"/> 酸素療法 ()				
	<input type="checkbox"/> 褥瘡処置 (薬剤 ())				
	<input type="checkbox"/> ストーマの処置 <input type="checkbox"/> 疼痛の管理 <input type="checkbox"/> その他 ()				
	日常生活 自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2			
	認知症の 状況	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> V			
	要介護認 定の状況	<input type="checkbox"/> なし 要支援 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 要介護 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5			
患者・ 家族の (在宅療 養・看取 り)意向	【患者】				告知の有無
	【家族】 (続柄: ())				<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (相手方、内容)
病歴 (いつか ら・医療 機関)					
今後予測 される 症状	<input type="checkbox"/> 食欲不振		<input type="checkbox"/> 悪心	<input type="checkbox"/> 嘔吐	<input type="checkbox"/> せん妄
	<input type="checkbox"/> 腹水		<input type="checkbox"/> 胸水	<input type="checkbox"/> 発熱	<input type="checkbox"/> 呼吸困難
	<input type="checkbox"/> 黄疸		<input type="checkbox"/> 浮腫		
	<input type="checkbox"/> 疼痛 ()				
	<input type="checkbox"/> その他 ()				
処方	(感染症)		(アレルギー)		

訪問歯科診療担当歯科医
決定のお知らせ

_____様

日頃、歯科保健事業に関してご協力を頂き有り難うございまいり。
さて、 月 日
大野市保険センター にお申し込み頂きました

患者 _____ 様の 訪問歯科診療に関し
_____ 歯科医院 歯科医師 _____ が
担当歯科医となりましたのでご連絡申し上げます。

平成 年 月 日

福井県歯科医師会大野支部 担当
電話

訪問歯科診療受付表

受付No.		受付日 平成 年 月 日 ()	
受付機関名 大野市保険センター		電話 (0779)66-6631 FAX (0779)66-0294	
申込者	お名前 氏名 _____ 様	電話 () -	
	所属 _____	FAX () -	
患者との関係 _____		連絡先 _____	
患者	お名前 氏名 _____ 様 男 女	電話 () -	
	住所 _____	要支援 _____	
	生年月日 M・T・S 年 月 日	要介護 1 2 3 4 5	
	主たる介護者 お名前 _____ 様 続柄 _____	電話 () -	
主訴(具体的に)			
通院できない理由			
最近まで治療を受けていた歯科医院		有る (_____ 歯科医院) 無い	
全身疾患	主治医: _____	病院・医院	先生 _____
既往症 (主たる疾患)			
現在使用している薬		無い 有る	
希望の日時・曜日等			
その他連絡事項			
歯科医師会使用欄		担当歯科医 _____ 先生	

福井県歯科医師会

□介護予防 ・ □通所介護・通所リハビリ サービス連絡帳

月 日 曜日

□安立 □養護 □こもれび □南部 □葭池 □ふあんふあん □ウェルカムケア □みつば □ひだまり

健康チェック	熱	血圧	/	脈	■今朝の様子	確認欄 <input type="checkbox"/>
食事	主食	割	副食	割	体調 <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良()
					睡眠 <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良(
排便	<input type="checkbox"/> 有() <input type="checkbox"/> 無				排便 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無(日目か?)
薬	服薬済・点眼済・軟膏済()					
入浴	<input type="checkbox"/> した <input type="checkbox"/> しない()					
<個別項目>					■施設(デイ・ショートステイ)利用時の様子	
水分摂取	<input type="checkbox"/> 有() <input type="checkbox"/> 無()					
排尿	<input type="checkbox"/> 有(回) <input type="checkbox"/> 無()					
睡眠	<input type="checkbox"/> 有(分程) <input type="checkbox"/> 無					記入者
体調	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良(■施設からの連絡事項	

<お願い> 前回利用時の連絡帳を確認して、右上欄にチェック願います。
 個別項目は必要な方のみ記入させていただきます。
 尚、ご家庭でお困りになっていることがありましたら、お気軽にご相談ください。

□介護予防 ・ □通所介護・通所リハビリ サービス連絡帳

月 日 曜日

□安立 □養護 □こもれび □南部 □葭池 □ふあんふあん □ウェルカムケア □みつば □ひだまり

健康チェック	熱	血圧	/	脈	■今朝の様子	確認欄 <input type="checkbox"/>
食事	主食	割	副食	割	体調 <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良()
					睡眠 <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良(
排便	<input type="checkbox"/> 有() <input type="checkbox"/> 無				排便 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無(日目か?)
薬	服薬済・点眼済・軟膏済()					
入浴	<input type="checkbox"/> した <input type="checkbox"/> しない()					
<個別項目>					■施設(デイ・ショートステイ)利用時の様子	
水分摂取	<input type="checkbox"/> 有() <input type="checkbox"/> 無()					
排尿	<input type="checkbox"/> 有(回) <input type="checkbox"/> 無()					
睡眠	<input type="checkbox"/> 有(分程) <input type="checkbox"/> 無					記入者
体調	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良(■施設からの連絡事項	

<お願い> 前回利用時の連絡帳を確認して、右上欄にチェック願います。
 個別項目は必要な方のみ記入させていただきます。
 尚、ご家庭でお困りになっていることがありましたら、お気軽にご相談ください。

在宅ケア移行情報シート（記入例）

【訪問看護ステーション ○○○】御中

記入日 平成 21年 7月 10日

記入者(肥後 さくら)

氏名	熊本 太郎		<input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	電話番号	096-369-0000	生年月日	M・T・S・H 9年3月31日 74歳	
住所	熊本市東町3-10-39				家族形態 	キーパーソン 妻(70歳)		
第一連絡先	氏名	熊本 花子	間柄	妻		電話	369-0000	主たる介護者 妻(70歳)
第二連絡先	氏名	熊本 一郎	間柄	息子		電話	369-0000	
医療保険種別	国保		<input checked="" type="radio"/> 本人 <input type="radio"/> 家族	身体障害者手帳	なし		要介護度	要支援
病名(障害名)	咽頭Ca (終末期)			インフォームドコンセントの内容と認識	積極的治療は終了しました。今後は、自宅で往診や訪問看護を利用して疼痛緩和、食事管理、気管切開管理を行いながら生活しましょう。 本人、妻=上記説明に同意納得			
VS 血圧=132/78 脈=98 体温=36.1℃ 呼吸=24 SpO2=99%(記入日)	活動項目		最終評価(月 日)					
最終入浴日:7/8(シャワー) 最終排便日:7/9	食 事		自立 一部介助() <input checked="" type="radio"/> 全介助					
かかりつけ医 <input type="checkbox"/> ある () 医院 <input checked="" type="checkbox"/> ない	移 乗		食事形態:(経管栄養食・流動食)					
ケアマネジャー <input checked="" type="checkbox"/> いる (居宅介護支援事業所○○) <input type="checkbox"/> いない	整 容		<input checked="" type="radio"/> 自立 一部介助() 全介助					
現主治医の治療方針	更 衣		<input checked="" type="radio"/> 自立 一部介助() 全介助					
疾患に対し今後追加加療はせず、在宅で訪問診療、訪問看護を導入し、療養していく。その為に、介護保険の変更申請をかける。また、訪問看護、往診医を決定する。	移 動		歩 行 独 歩 杖 歩 行 器					
	<input checked="" type="radio"/> 車椅子 <input checked="" type="radio"/> 自走 <input type="radio"/> 介助							
コンプライアンス(治療方針・内服・処置等)	階 段 昇 降		自立 <input checked="" type="radio"/> 一部介助() 全介助					
几帳面な性格であり、自己管理で内服できる。	入 浴		自立 <input checked="" type="radio"/> 一部介助(洗髪・洗身) 全介助					
	排 泄		自立 <input checked="" type="radio"/> 一部介助(トイレ歩行見守り) 全介助					
	排便コントロール		自然 <input checked="" type="radio"/> 内服 座薬 浣腸 失禁					
退院時処方 : <input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無	排 尿 コントロール		<input checked="" type="radio"/> 自然 <input type="radio"/> 内服 失禁					
医療処置を行う人(本人)	在宅療養に対する本人・家族の意向や希望							
<input checked="" type="checkbox"/> PEG <input type="checkbox"/> 経鼻栄養チューブ <input checked="" type="checkbox"/> 気管切開チューブ <input type="checkbox"/> HPN <input type="checkbox"/> ポート <input type="checkbox"/> バルンカテーテル <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 褥創 <input type="checkbox"/> ストーマケア <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 注射 <input type="checkbox"/> 腎囊・尿管皮膚瘻 <input type="checkbox"/> 疼痛管理 <input type="checkbox"/> CAPD <input type="checkbox"/> HOT <input type="checkbox"/> 自己導尿 <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> その他() ※カテーテル交換予定日() ※PEG交換予定日(9月25日)・種類:マイクロペイジブ ボタン ★医療処置管理票を参照	本人 : 家に帰りたいが、不安もある。しかし家で最後まで過ごしたい。 家族 : とにかく不安でたまらないが、やってみるしかないので頑張ろうと思う							
認知症項目(有の場合□に✓を入れる)	伝えておきたいこと(特記事項)							
<input type="checkbox"/> せん妄 <input type="checkbox"/> 幻視幻聴 <input type="checkbox"/> 暴言暴行 <input type="checkbox"/> 被害妄想 <input type="checkbox"/> 大声 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 帰宅願望 <input type="checkbox"/> 異食行動 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 過食 <input type="checkbox"/> 拒食 <input type="checkbox"/> 物忘れ	6/3から背部痛に対しオキシコンチン(5)2錠 9時 21時に内服中である。レスキュードーズの処方(オキノム) コントロール状況は良好で便秘薬の処方もあり。他の副作用はない。 妻の介護力評価(介護時間は十分に確保できる。腰痛の持病があり、体力的に無理はできない。経済状況は厚生年金暮らしだが支障はない。介護方法の指導に対する理解は十分あり、活用もできる。) <その他> ○処置の手法取得状況等→誰がどこまでできるか等							
特記事項なし								

施設名	施設住所	電話番号	師長名
医療法人○○会△△病院	熊本市東町3丁目〇-〇	096-369-0000	日本 鶴子 印

平成21年7月10日 社団法人熊本県看護協会 作成

初期 <パンフレット等>

事業所一覧	
社会医療法人恵和会西岡病院	医療法人ひばりホームホスピスひばりクリニック
JA福島厚生連 塙厚生病院	医療法人 徳島往診クリニック ハートホーム
埼玉医科大学総合医療センター かるがも準備室	ナカノ在宅医療クリニック
東埼玉総合病院	公益社団法人茨城県看護協会
金沢赤十字病院	訪問看護ステーションまつかぜ
長野県立こども病院	白十字訪問看護ステーション
みどり病院	社団法人 鶴岡地区医師会
医療法人社団まほし会(真星病院)	栃木県医師会
医療法人裕紫会中谷病院	横須賀市医師会
独立行政法人国立病院機構 米子医療センター	名張市在宅医療支援センター
ホウエツ病院	東広島地区医師会
医療法人聖真会 涓南病院	社団法人宗像医師会
玉名郡市医師会立玉名地域保健医療センター	佐世保市医師会
手稲家庭医療クリニック	釜石市 在宅医療連携拠点 チームかまいし
小玉医院	横手市地域包括支援センター(西部)
あおぞら診療所	柏市役所
子ども在宅クリニック あおぞら診療所墨田	上市町
湘南真田クリニック	坂井地区広域連合
オレンジホームケアクリニック	大野市地域医療相談支援センター
医療法人聖徳会小笠原内科	熊本市
医療法人かがやき総合在宅医療クリニック	医療法人社団ナラティブホーム
社会福祉法人天竜厚生会	社会医療法人財団 慈泉会
森町家庭医療センター	社団法人京都府歯科医師会
医療法人有心会 大幸砂田橋クリニック	

広 報 誌

とよひら・りんく

第1号

平成24年7月発行

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 発行

広報誌「とよひら・りんく」の発行にあたって

～住み慣れた地域で最期まで～

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」

会 長 中 島 茂 夫



全国的に高齢化は進んでおり、この社会現象は、当地域も例外ではありません。

今後も住み慣れたこの地域で皆さんが支え合い、健やかに暮らしていけるように、現在の問題への対応の他、これから5年先、10年先の将来の町づくりが必要です。そこで、我々は、平成23年度から厚生労働省の「在宅医療連携拠点事業」に参加し、これからの在宅医療、在宅医療のサービス提供体制を地域の医療・介護の関係職種が集まり、考えようと、平成23年6月に札幌市豊平区西岡・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」を設立しました。

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」

会 長 中島 茂夫(西岡病院 院長)
副 会 長 松本 修二(松本内科クリニック 院長)
五十嵐知文(西岡病院 副院長)
寺本 信 (西岡水源池通りクリニック 院長)

事 務 局 西岡病院 地域連携室(岡村・川村)
電 話 011-853-8322
ホームページ <http://www.toyohiralink.jp/>

昨年度(平成23年度)は、地域の医師、歯科医師、看護師、薬剤師、ソーシャルワーカー、介護支援専門員等が一堂に会し、地域の皆様に在宅で医療・介護サービスを効率的に受けて頂くための基盤整備を始めました。これまで以上に、医療・介護のサービス提供に関わる職種間での情報共有が出来、スムーズに連携が図れるようになってきました。

今年度(平成24年度)は、更に地域の皆様への普及啓発として、地域講話や市民研修会等を企画し、一緒に在宅医療、在宅介護の在り方を考えていきたいと思っております。

年齢を重ねても、病気や障害があっても、地域の皆様が住み慣れたこの地域で暮らし続けられるよう、在宅医療、在宅介護の充実に向けて取り組んでいきます。

この広報誌「とよひら・りんく」は、本協議会の活動を幅広く知って頂くために、作成を致しました。多くの方にお読み頂ければ幸いです。

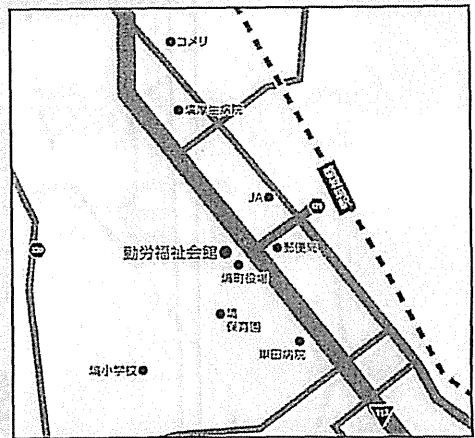
本協議会の活動につき、在宅医療、在宅介護に関わる方はもちろん、地域の皆様からもご意見を頂ければ幸いです。

東白川郡地域医療問題講演会 (一般向け)

いつまでも自宅で生活するために

日時 2012年9月29日(土) **in 東白川**
14:00~16:00
(13:00開場) **入場無料**
(申込不要)

場所 塙農村勤労福祉会館
東白川郡塙町大字塙字大町3-19
TEL.0247(43)2111




司会進行
東白川郡医師会 副会長 **星 竹敏**

開会挨拶
東白川郡医師会 会長 **金澤 寛**

第一部 第4回東白川郡地域医療問題シンポジウム
主催：東白川郡医師会 後援：棚倉町、塙町、矢祭町、鮫川村

座長：東白川郡医師会 会長 **金澤 寛**
講演：「在宅医療介護の問題点」
医療法人 葵会
在宅医療連携拠点事業所 チームもりおか **木村幸博先生**



休憩：10分

第二部 第6回東白川郡認知症セミナー
共催：東白川郡医師会、エーザイ(株)、ファイザー(株)

座長：塙厚生病院 院長 **佐川 恵一**
講演：「住み慣れた家で出来るだけ長く過ごすための認知症の基礎知識」
深沢1丁目クリニック 院長 **嶋下孝志先生(認知症サポート医)**

■後援／(社) 認知症の人と家族の会福島県支部、福島民報社、福島民友新聞社、夕刊はなわ、夕刊やまつり、夕刊たなぐら、東白日報

本講演会のお問合せは **TEL.0247(43)1101** 東白川郡医師会(介護老人保護施設 久慈の郷内) (担当：星)
TEL.024(932)0704 エーザイ(株)郡山コミュニケーションオフィス (担当：長見)

第6回

埼玉県小児在宅医療支援研究会



日時

2012年9月12日(水)
19:00 ~ 21:00

会場

大宮ソニックシティ
会議室 603号室

〒330-8669

埼玉県さいたま市大宮区桜木町 1-7-5

会費

1000円
にて軽食と
飲み物を
用意して
おります。

▶▶▶ プログラム

- 19:00 世話人会 (オブザーバー参加可)
- 19:30 症例検討会
- 20:00 特別講演
埼玉県立小児医療センター医療ソーシャルワーカー
平野朋美先生
『MSWは何ができるか
～小児在宅医療と福祉をつなぐ
システムを造るために』
- 20:40 総合討論

事務局

埼玉医科大学
総合医療センター小児科

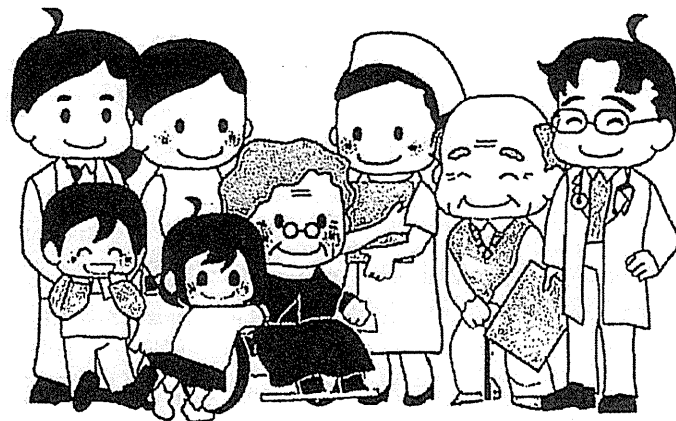
連絡責任者：
森脇 浩一

〒350-8550
埼玉県川越市鴨田
1981

tel: 049-228-3550
fax: 049-226-1424

e-mail: kmoriwa@
saitama-med.ac.jp

平成24年度 在宅医療連携拠点事業概要



社会医療法人ジャパンメディカルアライアンス
東埼玉総合病院