

## 「ものがたり在宅塾・多職種連携編」年間計画

H240731

回	月 日 曜日	時 間	会 場
1	8月27日 (④月)	19:00~21:00	砺波市文化会館 2F 視聴覚室
	<p>◇「在宅に必要な知識」—医学的知識から制度まで—</p> <p>・皆さんが、日常業務の中で、何に困っているのか、何を知りたいと思っているのかを意見交換する場とします。例えば、「デイサービス中に発熱…往診は可能か?!」、「デイサービス中の点滴や褥瘡の措置…誰の指示のもとにするか?!」、「飲んでいる薬が全く分からない…どうする?!」、「熱があるけど風呂に入れてよいか…どうして決める?!」などなど。とにかく、日ごろの業務で出会った疑問点をあげて、一つひとつ皆さんで考えてみましょう。</p>		
2	9月24日 (④月)	19:00~21:00	砺波市文化会館 2F 研修室
	<p>◇「整形疾患」について</p> <p>・在宅では、腰痛症、膝の痛み、足のしびれなど整形的な疾患で困っている人は、多くいます。そのようなケアについて悩んでいる方は、多いのではないのでしょうか?! 整形疾患で、高齢者に特異的なものを専門家から解説していただき、質疑応答を通して理解を深めましょう。</p>		
3	10月22日 (④月)	19:00~21:00	砺波市文化会館 2F 研修室
	<p>◇「胃ろうの功罪」について</p> <p>・先日、厚生労働省から平成22年度老人保健健康増進事業にて「認知症患者の胃ろうガイドラインの作成—原疾患、重症度別の適応・不適応、見直し、中止に関する調査研究—」が報告されました。それを受けて、胃ろうの歴史からその問題点までを簡単に説明し、胃ろうについての知識、認識を共有しましょう。</p>		
4	11月26日 (④月)	19:00~21:00	砺波市文化会館 2F 研修室
	<p>◇「泌尿器疾患」について</p> <p>・在宅では、頻尿、尿失禁、尿管留置カテーテル、血尿などの泌尿器疾患で困っている人は、多くいます。泌尿器疾患、特に排尿ということについて、専門家から解説していただき、質疑応答を通して理解を深めましょう。</p>		
5	12月10日 (②月)	19:00~21:00	砺波市文化会館 2F 研修室
	<p>◇「脳血管障害、神経疾患」について</p> <p>・脳梗塞、脳出血、くも膜下出血、パーキンソン病について、その症状や後遺症についての知識を整理しましょう</p>		
6	平成25年1月28日 (④月)	19:00~21:00	砺波市文化会館 2F 視聴覚室
	<p>◇「リハビリ」について</p> <p>・砺波市では、在宅のリハビリがまだまだ絶対的に不足しています。在宅のリハビリとは何か、実際に在宅リハを行っている専門の方にお話を伺い、理解を深めましょう。また、砺波市でのリハ、デイケアについて、今後の展望も踏まえて考えてみましょう。</p>		

社会医療法人財団慈泉会 地域在宅医療支援センター

## 在宅医療連携拠点室



開設のお知らせ

当センターでは、厚生労働省のモデル事業「在宅医療連携拠点事業」の委託を受け、活動することとなりました。地域の中の住み慣れた場所で、自分らしく過ごせるよう在宅医療・介護が提供できるように、皆様の支援・連携の促進のための活動をしていきたいと思っております。

### <在宅医療連携拠点室のテーマ>

#### 1. 訪問支援：病院から在宅療養に向けてのお手伝い

医療ニーズの高い利用者様に対する支援について当院のみならず、他の医療機関・利用者様の自宅・福祉施設に出向き、在宅医療介護従事者の皆様の支援します。

#### 2. 連携促進：地域医療・介護従事者のスキルアップのお手伝い

研修会の企画運営・事業所へ出向いての勉強会の開催・情報交換会等の運営による在宅医療・介護従事者の「顔の見える」関係づくり

#### 3. 総合相談：

地域住民の皆様：安心して在宅医療・介護を受けるための「困りごと・悩みごと」にお答えします。

在宅医療・介護従事者の皆様：現場の困りごとや困難ケースの相談をお受けします。

#### 4. その他：在宅療養における衛生材料の割割販売(予定：時期未定)

それに伴い、10月1日から訪問看護ステーションひまわりひまわりサテライト(新村)への訪問看護新規依頼の窓口となります。

〒390-8510 松本市本庄2-10-21

社会医療法人財団慈泉会 地域在宅医療支援センター内  
在宅医療連携拠点室

担当：坂野 純子

Tel・Fax: 0263-33-5266

Eメール: ai.52094@ai-hosp.or.jp

## 訪問歯科診療(歯科往診)のFAX申し込み 口腔サポートセンターのお知らせ

京都府歯科医師会では「口腔サポートセンター」を設置し、訪問歯科診療(歯科往診)の申し込みを受け付けております。「口腔サポートセンター」は、いつまでも「おいしく、安全に食べられる」お口を応援いたします。



京都府歯科医師会 口腔サポートセンター  
フリーダイヤル FAX 0120-72-8020

### ★訪問歯科診療(歯科往診)

「障がい」や「病気」により歯科医院に通院が困難な方に、訪問可能な歯科医院を紹介いたします。ただし、在宅(自宅)での歯科治療には困難を伴います。訪問しても何もできない場合や訪問が困難な地域もございますので、ご了承ください。

### ★訪問歯科診療のお申し込みは、上記「口腔サポートセンター」まで

裏面の申込用紙にご記入の上、口腔サポートセンターまでFAXにてお申し込みください。  
「かかりつけ歯科医」または、「近隣の協力歯科医」が往診いたします。

**社団法人 京都府歯科医師会**

〒604-8415 京都市中京区西ノ京桐尾町3番地の8

TEL : 075-812-8020(代) 075-812-8492(直通)

ホームページ <http://www.kyoto-dental-8020.or.jp>

## 終了期 <共通シート>

事業所一覧
社会医療法人恵和会 西岡病院
十和田市立中央病院
志村大宮病院
公立つるぎ病院
ベルピアノ病院
みどり病院
医療法人裕紫会中谷病院
社会医療法人仁寿会 加藤病院
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
臼杵市医師会立 コスモス病院
もりおか往診クリニック
新田クリニック
社会福祉法人 天竜厚生会
医療法人井上内科クリニック
医療法人・社会福祉法人 真誠会
折口内科医院
内村川上内科
株式会社フジケア 訪問看護ステーション
日田市医師会立 訪問看護ステーション
社団法人鶴岡地区医師会
社団法人板橋区医師会
名張市在宅医療支援センター
新見医師会 在宅医療連携拠点まんさく
社団法人宗像医師会
大野市地域医療相談支援センター
津島市役所
高浜市 保健福祉グループ
すさみ町
社会医療法人財団慈泉会
社団法人京都府歯科医師会

## 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	

## 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:

10. 2. 15/2. 2)U  
添付資料

脳卒中連携バス医療者用

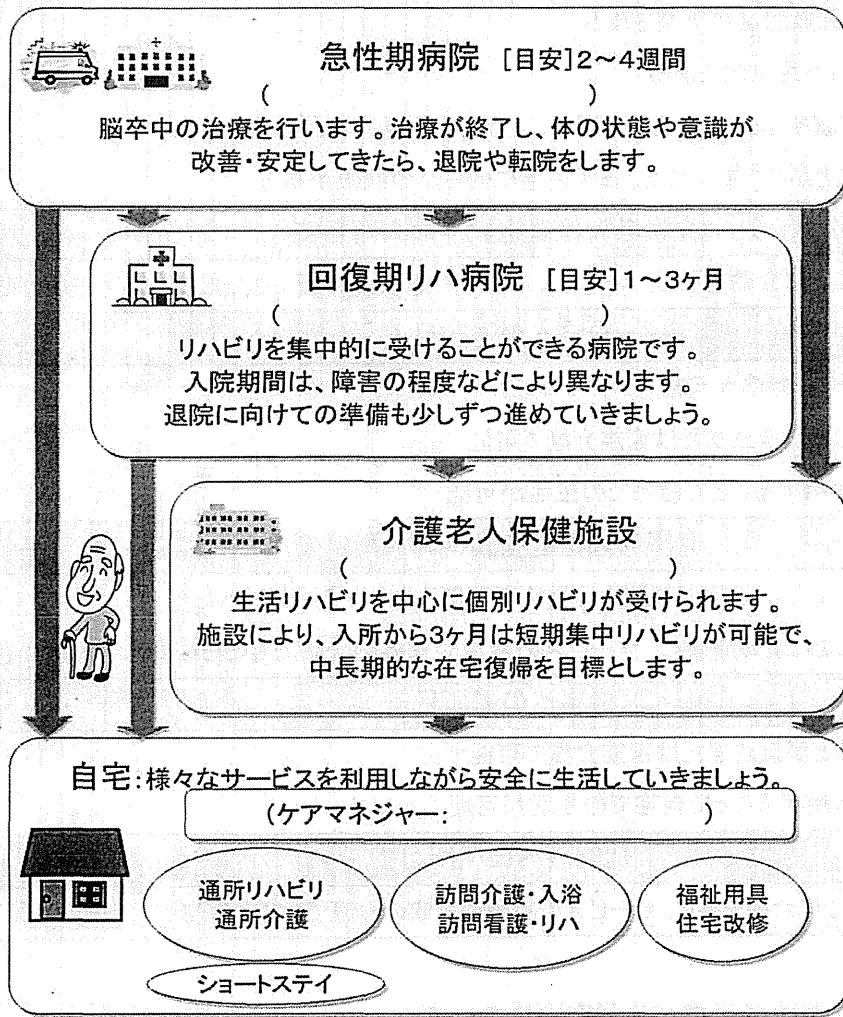
同意者氏名

患者氏名 診断名	年齢 性別 女性 発症日 月 日 時 脳梗塞 (アテローム 心原性 ラクナ) ・ 脳出血 ・ くも膜下出血 他	同意者氏名 アレルギー 有 ・ 無 体内金属 有 ・ 無
病期 施設名 日数 月日 達成目標 テータ目標 臨床兆候 検査	急性期 病院名 入院日 月 日 退院日 月 日 1.合併症無し 2.再発無し 3.積極的リハビリ 血圧:140/90未満, HbA1c 6.5以下, Alb 3.5以上, INR1.6-2.6	回復期 病院・施設名 入院日 月 日 退院日 月 日 1.在宅復帰 2. ADLの自立 3.合併症無し 4.再発無し 血圧:140/90未満, HbA1c 6.5以下, AS 3.5以上, INR1.6-2.6
療養管理	療養管理 (自己管理 介助) 退院時処方 重症コース 標準コース 重症コース	療養管理 (自己管理 介助) 退院時処方 重症コース 標準コース 重症コース
リハビリ開始 月 日 出稼リハ 月 日	重症コース 標準コース 重症コース Dr.Stage (G1-G2) 入院時 退院時 関節拘縮 有 無 上肢 起き上がり 自立 介助 手 座位 自立 介助 下肢 立位 自立 介助 歩行 車椅子 歩行器 移動 車椅子 歩行器 GI FIM	重症コース 標準コース 重症コース Dr.Stage (G1-G2) 入院時 退院時 関節拘縮 有 無 上肢 起き上がり 自立 介助 手 座位 自立 介助 下肢 立位 自立 介助 歩行 車椅子 歩行器 移動 車椅子 歩行器 GI FIM
ADL: 食事 清潔 排泄	食事: 経口 経鼻経管 PEG 嚥下 経口 (介助・自立) 嚥下障害 形態 (普通食 お粥 刻み トロミ 流動食) 排泄: シャワー浴 入浴・開始 月 日 (自立 介助) 要介護レベル おむつ ポータブルトイレ トイレ (自立 介助)	食事: 経口 経鼻経管 PEG 嚥下 経口 (介助・自立) 嚥下障害 形態 (普通食 お粥 刻み トロミ 流動食) 排泄: シャワー浴 入浴・開始 月 日 (自立 介助) 要介護レベル おむつ ポータブルトイレ トイレ (自立 介助)
医療処置 呼吸管理 スキンケア 疼痛管理 異常行動 全身合併症	気管切開管理 レスビレーター 酸素療法 皮膚 褥瘡 浮腫 静脈血後-弾性ストッキング 鎮痛剤 湿布薬 他 鎮静・麻力 易転倒-抑制 てんかん-抗痙攣剤 口腔ケア 他	気管切開管理 レスビレーター 酸素療法 皮膚 褥瘡 浮腫 静脈血後-弾性ストッキング 鎮痛剤 湿布薬 他 鎮静・麻力 易転倒-抑制 てんかん-抗痙攣剤 口腔ケア 他
バリアンス: 内容	有り 無し 有り 無し	有り 無し 有り 無し
説明・同意・指導-カンファランス 患者の意向 家族の意向 退院時情報提供-他	入院治療計画 退院時指導 連携バス説明開業 服薬指導 介護度意見書 栄養指導 (NST) 身体者手帳 在宅復帰 有り 無し 未定 退院前カンファランス(1) 在宅復帰 有り 無し 未定 月 日 (別紙)	入院治療計画 病状説明 服薬指導 介護保険説明 介護保険申請 栄養指導 (NST) 在宅意識 (有 無) 家庭調査 搬送調整 身体者手帳 有り 無し (申請) 退院前カンファランス(2) 月 日 (別紙)
担当名	担当医: 栄養士 (NST): 看護師: 薬剤師: リハビリ: PT OT ST ケアマネ:	担当医: 歯科医師: 看護師: 薬剤師: 栄養士 (NST): リハビリ: PT OT ST ケアマネ:

\*エンドポイント  
1) 急性期病院へ転院したらバス終了。 2) 特老が決定したら終了。 3) 死亡で終了。 4) 入院中は何かあってもバスは続く。 5) 維持期で3ヶ月おちついていたら終了して急性期病院へバス用紙を始める。  
\* 軽症コース (mRS 2, 3, BI 85/100, FIM 110/126) \* 標準コース (mRS 4, BI 55/80, FIM 80/108) \* 重症コース (mRS 5, BI 0/50, FIM 18/79)  
\* 急性期⇒回復期のバスの適応基準は、全身状態が安定し、合併症がコントロールでき、リハビリができることとします。  
\* 回復期⇒維持期へのバスの適応基準は、集中的なリハビリとしてはゴールに達し、在宅か施設・病院に移行できるレベルになった時期とします。

～ 脳卒中の発症から在宅までの流れ(地域連携パス)～

氏名		年齢		性別	
診断名		発症年月日			



**入院中に**

- ◆介護保険の申請
- ◆福祉用具の手配
- ◆介助方法の習得
- ◆ケアマネジャーの決定
- ◆住環境の確認、改修
- ◆補装具の手配
- ◆退院後サービスの決定

**【施設】**

- ◆介護老人福祉施設
- ◆サービス付き 高齢者向け住宅
- ◆グループホーム
- ◆有料老人ホーム

**【病院】**

- 療養型病院
- その他病院

**必要に応じて申請(又は相談)しましょう**

- ◆身体障害者手帳
- ◆精神障害者保健福祉手帳

※地域連携パスとは、転院時にスムーズに患者様の状態を伝達するため、地域で統一された情報提供書のことです。  
 ※発症から自宅までの流れを円滑に進めるため、地域連携パスを使用します。地域連携パスを使用される方の情報は、今後の地域医療の発展のため、データ分析や学会発表に用いる場合もございますので、ご了承ください。その場合は、個人を特定できる情報は使用致しません。  
 ※病状、今後の流れ等について不明な点がございましたら、担当職員までお気軽に御相談下さい。  
 ※この書類は転院後に使用することがありますので、自宅退院となるまで、大切に保管してください。

	説明担当者(職種)	説明年月日	説明を受けられた方(続柄)
急性期病院	( )	H 年 月 日	( )
回復期リハ病院	( )	H 年 月 日	( )
老人保健施設	( )	H 年 月 日	( )

## 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
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:		
担当ケアマネージャー:			(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



(様式 1)

介護（予防）連絡票

医師と介護支援専門員との連絡票

平成 年 月 日

宛先	医療機関名	発信元 先生(宛)	介護事業所名	(発信)
	住所		住所	
	医師		TEL FAX 氏名	

日頃より大変お世話になっております。下記の件につき先生と連絡をとりたいと思います。お忙しいところ誠に恐れ入りますが、ご都合の良い連絡方法等につきまして、ご回答をお願いいたします。

\*なお、この照会を行うこと及び先生から情報提供いただくことについては、

- ご本人・ご家族の同意を得て、ご連絡いたします。 同意した日 平成 年 月 日
- ご本人の心身状況から同意は得られておりませんが、ご本人のために必要がありますのでご連絡いたします。

利用者	氏名		介護度	申請中・要支援1・2 要介護1・2・3・4・5
	住所		TEL	
	生年月日	明・大・昭 年 月 日生 ( 歳)		男・女
照会目的	<input type="checkbox"/> 新規・更新・区分変更後のケアプラン作成時の医学的意見について			
	<input type="checkbox"/> 利用者の医療・看護・介護・病状の医学的意見・指示について			
	<input type="checkbox"/> サービス担当者会議における医学的意見について			
	<input type="checkbox"/> 福祉用具貸与（購入）について、医師からの医学的意見について			
	<input type="checkbox"/> 医療系サービスを導入するにあたり、主治医の意見・相談など			
	<input type="checkbox"/> 利用者の下記状況についての相談			
<input type="checkbox"/> 担当ケアマネジャーになった挨拶				
<相談内容等>				
担当介護支援専門員名				

医師からの回答（返信）

\*この連絡票での回答では、診療情報提供料の算定はできません。

連絡方法等	<input type="checkbox"/> 直接会って話をします（日時： 月 日 時頃に来院ください）
	<input type="checkbox"/> 電話で話をします（日時： 月 日 時頃に電話をください・します）
	<input type="checkbox"/> 文書で回答します <input type="checkbox"/> FAXで回答します
サービス担当者会議に	<input type="checkbox"/> 出席します（ <input type="checkbox"/> 診療所 <input type="checkbox"/> 利用者宅 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> その他） <input type="checkbox"/> 出席しません
平成 年 月 日 氏名	

### 入院に伴う介護情報提供書

(提供日)平成 26年 2月 18日

(情報提供元) 居宅介護支援事業・介護予防支援事業(○印)

事業所名 大森園 電話番号(078)990-2266  
 担当者名 加藤 尚子 FAX(078)990-4166

ふりがな いづみん 和美 (生活形態) 独居・同居(同居者) 夫 (カ尔特ID)  
 利用者氏名 伊集院 和美 (男女) 生年月日(明・大) 26年 4月 6日(69歳)  
 【介護保険】 要介護度 5 有効期限 24年 8月 1日 ~ 26年 7月 31日  
 (主治医) 福井 医院・クリニック・病院 科 医師名 福井 泰介 先生  
 【医療保険】 後期高齢者・国保・健保(政管・組管・自特)・共済(国公・地公・私学)・船員・生保( ) (GW)

【緊急連絡先】	【家族構成】キーパーソンには捺印
①氏名 <u>伊集院 健司</u> 続柄 <u>夫</u> 電話(090)1472-9062 住所 <u>備前区乃井畑子西前田2</u> 携帯( ) -	
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 ← H24.10.22	(特記事項)
疾病の状況 (主治医意見書等参照)	主病名 <u>脳梗塞後遺症、左大腿部挫傷骨折</u> 主症状 <u>右上下肢不全マヒ、失語症、高次脳機能障害</u> 既往歴 _____	(感染症、手術歴等) H24.7月 脳梗塞、 何卒に脳梗塞。
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・手引車・車・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) 右足に失調あり、距離が長い。
入浴	自立・一部介助・介助・不可(シャワー・清拭)	
排泄	自立・一部介助・介助・その他	
夜間の状態	戻り不穏(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( )	
生活歴・性格など	<u>音大卒業、ピアノを演奏。</u>	
日常生活の自立度	障害者の日常生活自立度(度たぎり度) <input type="checkbox"/> 正常 <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 認知症者の日常生活自立度 <input type="checkbox"/> 正常 <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"/> DM	
問題行動の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 → <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 暴夜遊転 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴行 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食行動 <input type="checkbox"/> 性的問題行動 <input type="checkbox"/> その他( )	
他科の受診状況	①疾患名 _____ 病院名 _____ 診療科目 _____ 科 医師名 _____ 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 ・住宅環境 ・転居先 ・留意事項	訪介(3)週、訪問( / )週、訪入( )週、訪リハ( )週、通所介護(3)週、通所リハ( )週、ショートステイ( )月、その他( ) <u>レスパイト利用中に開始の障害者住宅に転居予定(搬入面所)。 トキエイトにて意見疎通可能。通所能力は高い。耐久性に留意。</u>	

\*上記の担当者が利用者または家族の承諾を得て、利用者の入院・入所先の関係者へ情報提供します。 步行可。

## 情報連絡シート使用細則

### 【概説】

平成 24 年度厚生労働省モデル事業の在宅医療連携拠点事業の一環として、地域における在宅医療の推進を目的とした「在宅医療連携連絡会（合同カンファレンス）」を開催しております。その合同カンファレンスの中で地域課題及び解決策の一つに「共通の連絡シートの活用」が挙げられたのを受けて在宅医療連携連絡会において作成したものです。

この「情報連絡シート」は地域の在宅医療に携わる専門職種間ならびに事業所間の連絡をとる際に、使用するもので在宅医療を円滑に行うために作成された標準様式です。

患者または利用者の在宅療養生活を支えるために、多職種、多機関が連携を図り、それぞれの役割を発揮できることが大切であると考えます。そのため一つの連携ツールとしてこの様式を活用し相談・情報提供・情報共有が円滑に進み、患者・利用者の福利の向上と関係者の信頼関係が構築されることを目的とします。

### 【情報連絡シートの使用時の留意事項】

- この情報連絡シートは基本的には 2 枚構成です。

【フェースシート】・・・挨拶状や FAX のかがみとして利用してください。

また、相談や報告レベルの連絡事項（単体でも使用可）

【情報提供書】・・・各職種別で作成しているので【フェースシート】とあわせて使用して下さい。

- 医師・歯科医師・訪問看護師・介護支援専門員・薬剤師・栄養士・歯科衛生士など各職種別にシートを作成しています。
- このシートは一つの連携ツールとして利用するもので、他の様式の使用を妨げるものではありません。
- このシートはすべてを記載するものではなく、目的に応じて必要な部分を記載して使用してください。
- 使用方法は郵送、FAX、持参等、臨機応変に使用してください。
- 個人情報保護の観点から利用者・家族の同意を得ていることが前提です。また、FAX送信をする場合誤送信には、細心の注意を払ってください。
- 使用した情報連絡シートは送信者、受信者共に原本もしくはコピーを保管してください。
- フェースシートの連絡内容欄は挨拶、相談、報告、特記事項等自由記載欄として使用してください。
- フェースシートの返信欄は相談に対しての回答、助言等に使用してください。
- この様式は送信者、受信者の関係性を保ってください。例えば、送信者の許可なく受信した情報を第三者へコピー等で転用しないでください。
- この様式は、必要最低限の情報を迅速に提供することを目的としていますので、不足部分は別紙または電話等の適切な方法で補足してください。
- 連携の基本は顔の見える関係づくりにあると考えていますので、文章のやりとりだけにこだわらず、直接面談、電話等を組み合わせて、そのケースに応じた情報交換を行ってください。
- 大学病院や規模の大きい病院では、地域連携の窓口が設けられています。このシートを送る前に一度当該病院の窓口で連絡をとり、医師との連絡方法を確認してください。

平成 25 年 3 月 在宅医療連携連絡会

【事務局】医療法人裕紫会 中谷病院在宅医療連携拠点事業部

## 終末期医療連絡表

記載日

依頼者氏名 \_\_\_\_\_

患者氏名: \_\_\_\_\_ 生年月日: \_\_\_\_\_ 年齢: \_\_\_\_\_ 歳

住所: ● 自宅 ○ 施設 \_\_\_\_\_ 電話番号: \_\_\_\_\_

直接的病名

罹病期間(診療開始日)

原因疾患

罹病期間(診療開始日)

関連疾患

罹病期間(診療開始日)

現状および処方

本人への説明内容

本人の終末期医療に対する意向

家族への説明内容

家族の終末期医療に対する意向

連絡先1 氏名: \_\_\_\_\_ 続柄 \_\_\_\_\_ 住所 \_\_\_\_\_

電話① \_\_\_\_\_ 電話② \_\_\_\_\_

連絡先2 氏名: \_\_\_\_\_ 続柄 \_\_\_\_\_ 住所 \_\_\_\_\_

電話① \_\_\_\_\_ 電話② \_\_\_\_\_

主治医:

介護サービス事業所用 診療情報提供書  
介護予防

居宅介護支援事業所  
介護予防支援事業所 様

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



診療情報提供書 兼 宇部市医師会緩和ケア地域連携パス

23 宇部協立病院

紹介先		記入日				
院所名		医師名		先生御侍史		
				年 月 日		
紹介元医療機関	医療機関			連絡担当者	部署 TEL FAX	
	住所					
	主治医	⑩		診療科		
患者背景	患者氏名			生年月日	年 月 日 歳	
	住所	〒		保険情報		
	連絡先			その他		
疾患名			発症月日	年 月 日 頃		
手術	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	手術日	年 月 日	術式		
				施行機関		
紹介内容 (Dr)						
<input type="checkbox"/> 診療情報提供書別紙参照 <input type="checkbox"/> 処方箋別紙参照						
使用した化学療法薬	商品名:	規格:	量:	使用方法:		
	商品名:	規格:	量:	使用方法:		
	商品名:	規格:	量:	使用方法:		
その他の治療	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	内容				
処方内容	疼痛管理			その他の薬剤		
	<input type="checkbox"/> 非オピオイド					
	<input type="checkbox"/> オピオイド					
<input type="checkbox"/> 鎮痛補助薬						
患者・家族への説明・告知 (Dr)			本人		家族 (キーパーソン)	
	【病名について】	<input type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> していない	<input type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> していない	<input type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> していない	<input type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> していない	
	【病状(再発・転移も含めて)について】	<input type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> していない	<input type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> していない	<input type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> していない	<input type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> していない	
	【予後について】	<input type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> していない	<input type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> していない	<input type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> していない	<input type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> していない	
	【緩和ケアについて】	<input type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> していない	<input type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> していない	<input type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> していない	<input type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> していない	
	【緩和ケア病棟入所について】	<input type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> していない	<input type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> していない	<input type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> していない	<input type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> していない	
	【在宅緩和ケアについて】	<input type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> していない	<input type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> していない	<input type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> していない	<input type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> していない	
	【告知日】	年 月 日(頃)				
	【告知内容】	本人:	年 月 日頃	家族:	年 月 日頃	
	【患者・家族の意向】					
【臨床的予後予測】 <input type="checkbox"/> 日～週単位 <input type="checkbox"/> 1ヶ月程度 <input type="checkbox"/> 2～3ヶ月程度 <input type="checkbox"/> 6ヶ月程度 <input type="checkbox"/> 1年程度 <input type="checkbox"/> 不明						

様

(面接日)

年 月 日

フリガナ 氏名	様	性	生年月日	年齢
入院期間	入院日	年 月 日	～ 退院(予定)日	年 月 日
病名				
既往歴	服薬内容		自立・一部介助・全介助	
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	年 月 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	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・ミキサー )	Kcal g
		副食 ( 普通・ソフト食・刻み・ペースト )	禁忌食品：
		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 )	身長 cm	体重 Kg
	嚥下状況：良・不良   咀嚼状況：良・不良		
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・拭拭	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 ( )	
		義歯の不具合：なし・あり ( )	
感染症の有無	なし・あり ( )		
医療的処置	インスリン注射( ) 吸引( ) 人工呼吸器(種類： ) 使用状況：常時・夜間のみ・その他( ) 中心静脈栄養(内容： ) 人工肛門( ) 疼痛管理( )	在宅酸素(安静時 L, 労作時 L ) 気管カニューレ( Fr.) 自己導尿( 時間毎 ) その他( )	
その他療養上の留意事項			

情報提供元の医療機関名

所 属 \_\_\_\_\_ 電話番号 \_\_\_\_\_  
氏 名 \_\_\_\_\_

# 医療福祉連携シート

白井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			歳	
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"/> バルーン <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			身体障害者手帳 種 級 部位	
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 胃瘻 リハビリ  
糖尿病 褥瘡・皮膚 栄養 その他

<ケアマネージャー様へ> 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。







- ・利用者の予定表にQRコードを付加。  
利用者宅でも簡単に入力できる。

2012年3月

生年月日: 00-00-00

〇〇〇〇君の在宅療養計画書

26	27	28	29	30	31	医師訪問診療	  
4	5	6	7	8	9	医師訪問診療	
11	12	13	14	15	16	医師訪問診療	
18	19	20	21	22	23	医師訪問診療	
25	26	27	28	29	30	医師訪問診療	


 目的: 活用支援について理解する。  
 付いた事項を学ぶ。  
 積極的な取り組みを行う

病状で具合が悪いときは  
 019-613-〇〇〇〇へ  
 お電話ください。  
 以下のQRコードからもメールが送れます  
 ですので利用してください。

病状で具合が悪いときは  
 019-613-5656へ  
 お電話ください。  
 以下のQRコードからもメールが送れます  
 ですので利用してください。

利用の注意: できるだけ身体を清潔し、ほおを洗ってくさい  
 口呼吸をしているので口の中を清潔にするように

docomo      au      SoftBank

- ・アナログも大切。  
居宅介護支援計画連絡表の活用促進。

居宅介護支援計画連絡表

H 年 月 日

もりおか往診クリニック FAX 614-0134  
TEL 614-0133

連絡理由	居宅支援事業所名
1: ケアプラン作成	担当者名
2: 相談・問い合わせ	TEL
3: その他	FAX
利用者氏名	電話番号
介護保険認定有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日 要介護度
添付資料	居宅サービス計画書・サービス利用票・その他 ( )
(A) 相談内容: 問題点	
(B) ケアマネージャーとしての意見 (アセスメント)	
(C) 解決策	
医師の意見: 要望	
医師名	

(A) (B) (C) すべてご記入の上、下記のご希望の方法に丸印をお願いいたします。

FAX回答希望

直接回答希望 (来院希望日) ① 月 日 ② 月 日

別紙2  
原本

このノートは救急受診やかかりつけ医に  
受診する時にご提示ください。

\*保険証・医療券・お薬手帳・私の手帳・  
糖尿病手帳等も一緒におきましょう。  
救急隊員の方もこのノートをご覧ください。



東京都北多摩西部保健医療圏  
「脳卒中医療連携推進協議会」地域ケア部会作成  
初版(2010・3)  
第二版(2011・3)  
第三版(2012・11) 東京都認知症疾患医療センター  
地域ケア部会改訂

- ◎脳卒中医療連携推進協議会事務局  
国家公務員共済組合連合会 立川病院 地域医療連携センター  
独立行政法人 国立病院機構 災害医療センター
- ◎お問い合わせ先  
東京都認知症疾患医療センター(北多摩西部)  
国家公務員共済組合連合会  
立川病院 地域医療連携センター ☎0120-766-613

# 「生活ノート」



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。

このノートをご覧になったあなたも参加しましょう。

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

# 在宅医療連携ガイド



一宮ハート・ギュッと・ネット