

介護と看護との連携サマリー 平成 年 月 日提出

ふりがな氏名	〇〇 〇〇 様 <input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	生年月日	M <input checked="" type="radio"/> T <input type="radio"/> S 〇〇年△△月 日	住所	和泉市 〇〇町
緊急連絡先	△△ ×× (続柄 長女) 0725-〇〇-△△△△	家族構成	☆キーパーソン		
介護保険	申請中 要支援 1・2 要介護 <input checked="" type="radio"/> 1 2 3 4 5		本人・家族関係等の状況 本人：：何事にも積極的に前向きな性格。 家族：長男と長女が他市に在住。娘は週に1度、 食材の購入をかねてのぞきにきている。		
かかりつけ医 (連絡先)	×× 〇〇 (△△ 医院) 0725-〇〇-△△△△				
身障手帳等	有 () ・ <input checked="" type="radio"/> 無				
経済状況	<input checked="" type="radio"/> 年金 生活保護 その他				
既往歴	腰痛、両下肢筋力低下				
認知症の有無	認知症状 <input type="radio"/> 有 <input checked="" type="radio"/> 無] 認知症生活自立度 自立 <input checked="" type="radio"/> I <input type="radio"/> IIa <input type="radio"/> IIb <input type="radio"/> IIIa <input type="radio"/> IIIb <input type="radio"/> IV <input type="radio"/> M ・時々同じ事を聞くなどもの忘れあり。				
介護サービス等	フォーマル(福祉サービス含む) <input checked="" type="checkbox"/> 訪問介護(週2回調理掃除) <input type="checkbox"/> 通所介護() <input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション() <input type="checkbox"/> 訪問看護() <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与() <input checked="" type="checkbox"/> 配食サービス(校区社協 2/月) その他・・・ インフォーマル(家族の介護力・支援状況含む) 家族：娘が買い物支援(1回/週)、長男や他の家族の支援困難。				
居住環境 (周辺環境)	住宅改修 <input checked="" type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有：内容] 一戸建て(2F建て)。自宅周辺坂道もなく、歩行しやすいが、スーパーまでは遠く、1人では困難。買い物は娘さんの援助を受けている。				
生活状況等 (本人・家族の望む暮らし含む)	生活状況：前向きな性格で、身体機能維持のために毎日散歩をしていました。またヘルパーと食事作りや掃除をして、一人暮らしを継続していました。 本人：ヘルパーさんの援助を受けながら、散歩や運動もして、自宅の一人暮らしを続けたい。 家族：一人暮らしで気にはなるが、仕事をしており、なかなか関われない。出来る範囲の事はするが、今の生活を続けてほしい。				
在宅での生活課題・その他特記事項	腰痛、下肢筋力が低下し家事等を援助しながら、独居で自立した生活ができるよう支援していた。散歩や運動に意欲があるが、生活全般に頑張りすぎるところがある。				

※ 退院の目途がつかましたら、裏面・病院欄にご記入の上、担当ケアマネジャーまでご連絡いただけますよう、よろしく願います。また、退院に向けての話し合いを行う場合に、ケアマネジャーも同席したいので、日時をお知らせください。

※ なお、このシートにおける個人情報の取り扱いについては、本人もしくは家族に同意を得ています。
※ 和泉市医療と介護の連携推進審議会

事業所名	〇〇ケアプランセンター
住所	和泉市〇〇町
担当者	〇〇 △△
連絡先	TEL:〇〇-〇〇〇〇 FAX:〇〇-〇〇〇〇

病院名	
病棟	
看護師長	



__ N・T __ 様 入院期間 入院日 年 月 日 ~ 退院(予定) 年 月 日

入院となった主病名等 主病名 主症状	担当医 _____ _____ _____	特別な医療 点滴の管理 中心静脈栄養 透析 酸素療法 気管切開	() ()
入院中の経過・治療内容	<p>個人情報保護のため本人名前はイニシャルで記載する。</p> <p>事業所名や担当者名などを忘れずに記載する。</p>		
退院後の注意点と指導内容【療養上の留意する事項】 (リハビリについての指導、運動制限の内容等含む)	本人・家族の意向・注意点、指導内容に対する理解度		

ケアマネ欄 (入院前の状況)	病院欄 (年 月 日) 記入者氏名
<p>具体的な状態・支援の内容</p> <p>寝返り [手で支えてできる]</p> <p>起き上がり [ゆっくりではあるができる。]</p> <p>立ち上がり [家具などにつかまりできている。]</p> <p>座位 [しっかり安定している。]</p> <p>立位 [腰痛あり長時間は不安定。]</p> <p>移乗 [問題なし]</p> <p>歩行 [屋外の歩行は介助必要。]</p> <p>移動手段 [スーパーまではいけない。腰痛、下肢筋力低下で歩行も前かがみ、動き出しに時間がかかる。]</p>	<p>具体的な状態・支援の内容・注意点等</p> <p>寝返り []</p> <p>起き上がり []</p> <p>立位 []</p> <p>座位 []</p> <p>立位 []</p> <p>移乗 []</p> <p>歩行 []</p> <p>移動手段 []</p> <p>利用者が実施している方法や支援の内容が病院スタッフへ伝わるよう具体的に記入する。</p>
<p>排泄</p> <p>尿意 [有・無] 便意 [有・無] 失禁 [有・無]</p> <p>方法 [日中 トイレ4回 夜間 トイレ2回]</p>	<p>尿意 [有・無] 便意 [有・無] 失禁 [有・無]</p> <p>最終排便 []</p> <p>方法 [日中 夜間]</p>
<p>食生活・口腔</p> <p>摂取方法・形態等 (栄養指導の有無)</p> <p>[普通食、介助なし、週2回ヘルパー調理支援。]</p> <p>嚥下・口腔ケアの状態及び指導内容</p> <p>[義歯使用しているが、手入れは自身で行っている。]</p>	<p>摂取方法・形態等 (栄養指導の有無)</p> <p>[]</p> <p>嚥下 []</p> <p>本人の入院中のケアに役立つよう、ADL等の能力だけでなく支援をしていたかどうかの「有無」や認知症・難聴等のコミュニケーション能力、家族の介護力、ケアプランの課題など支援や生活の現状を記載する。</p>
<p>清潔</p> <p>保清(入浴・清拭) [自宅で一人で可 毎晩]</p> <p>着脱・整容 [スポンの着脱はイスに腰掛けて行う]</p> <p>入浴制限 [有 (無)]</p>	<p>[]</p> <p>[]</p> <p>[]</p> <p>[]</p>
<p>服薬状況 [有] 無 (管理・飲み方など)</p> <p>自己管理・家族管理・サービス管理</p> <p>備考:胃薬(毎食)と腰痛時に痛み止め服用。薬内容別添。</p>	<p>[]</p> <p>[]</p>
<p>コミュニケーション・認知・精神症状など (視力・聴力・発語など状況含む) [加齢による聞こえづらさはあるが、問題視する程度ではない。会話も問題ないが地域との関わりは少ない。認知症、行動障害なし。]</p>	<p>コミュニケーション・認知・精神症状など (視力・聴力・発語など状況含む)</p>
<p>夜間の状態 [良眠 問題あり]</p> <p>状態 [21:00頃には就寝]</p>	<p>夜間の状態 [良眠 問題あり]</p> <p>状態 []</p>