

# おうみ在宅療養連携シート『こころの平安』

記載日 平成 年 月 日

記入者 所属

氏名 ( 様) 性別 ( <input type="checkbox"/> 男・ <input type="checkbox"/> 女 )		住所:〒	
要介護度: 有効期間: ~ (在宅療養開始日 平成 年 月 日)		TEL: FAX: <input type="checkbox"/> M・ <input type="checkbox"/> T・ <input type="checkbox"/> S・ <input type="checkbox"/> H 年月日 才	
基本 デ ー タ	医療機関と主治医 ①	病名・ ① 発症 年 月 日	医療内容 <input type="checkbox"/> 点滴(CV・ ) <input type="checkbox"/> 浣腸・摘便 <input type="checkbox"/> 経管栄養(胃ろう・経鼻) <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 透析(人工・腹膜) <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> インスリン( 単位) <input type="checkbox"/> 褥瘡等の処置 <input type="checkbox"/> 人工呼吸 <input type="checkbox"/> 吸引・吸入 <input type="checkbox"/> 留置カテーテル <input type="checkbox"/> 緩和ケア <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> その他( )
	②	既往歴 ② 年 月 日	
	③	年 月 日	
	④	年 月 日	
⑤	年 月 日		
⑥	年 月 日		
担当ケアマネジャー 所属 氏名	禁忌・アレルギー	お薬手帳 : <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	身体状況: 麻痺有無(不明) 歩行状況( )
担当ソーシャルワーカー 所属 氏名	内服状況 とうみの必要: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	錠剤服用: <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 散剤服用: <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可	寝たきり度: <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C
地域連携パスの使用	感染症 <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有( )		認知度: <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"/> M
			認知症周辺症状(含:原因が認知症以外の疾患) <input type="checkbox"/> 幻覚・幻聴 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <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"/> 異食行為 <input type="checkbox"/> 性的問題行動 <input type="checkbox"/> その他( )
個 人 因 子	生活史・趣味・好きな事・嫌いな事・信条・最近嬉しかった事・困った事		意識: <input type="checkbox"/> 明瞭 <input type="checkbox"/> 不明瞭 <input type="checkbox"/> その他(JCS: )
	本人の願い・希望 :		経済状況 年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> その他( ) <input type="checkbox"/> 無
	終末期や緩和ケアへの思い ( 年 月 日現在) :		身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( 級)
環 境 因 子	家族の願い・希望 :		家族構成図  ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) 男□ 女○ その他( ) 本人は○、死亡者は× 例:(◎80) 同居者 ○ ( ) ( )に年齢 <input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 老人世帯
	利用しているサービス: <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 通所リハ <input type="checkbox"/> ショートステイ <input type="checkbox"/> 訪問歯科 <input type="checkbox"/> 在宅療養管理指導(医・歯・薬・栄・看) <input type="checkbox"/> 福祉用具( ) <input type="checkbox"/> 住宅改修 <input type="checkbox"/> その他( )		
	家族の介護力 :		
	社会的環境 :		
装具・補助具等についても記入すること		現 状	
		頑張れば自分のできる	生活の中でしている
活 動	屋外活動		
	屋内移動		
	食事		
	排泄(トイレ移動)		
	入浴(清潔保持)		
	口腔ケア コミュニケーション		
参加	状況(社会参加:家庭の役割を含む)		
災 害 時 の 対 応			

関連者の意見 No. ( ) 記入時: 入院中、退院直後、療養中( 年 月)( )

職 種		内容(状況変化、他職種に留意・依頼したいこと等)
医 療 福 祉 従 事 者	在宅主治医(かかりつけ医) 氏名: 事業所: TEL: FAX : 携帯:	記載日:平成 年 月 日
	かかりつけ急性期病院 TEL: FAX :	記載日:平成 年 月 日
	かかりつけ療養病院 TEL: FAX :	記載日:平成 年 月 日
	訪問看護ステーション 氏名: 事業所: TEL: FAX :	記載日:平成 年 月 日
	かかりつけ薬局 氏名: 事業所: TEL FAX :	記載日:平成 年 月 日
	職種:訪問介護・ヘルパー 氏名 事業所: TEL: FAX :	記載日:平成 年 月 日
	職種:福祉用具貸与 氏名: 事業所: TEL: FAX :	記載日:平成 年 月 日
	職種:通所リハビリ相談員 氏名 事業所: TEL: FAX :	記載日:平成 年 月 日
	職種:在宅副主治医 氏名: 事業所: TEL: FAX :	記載日:平成 年 月 日
職種:かかりつけ歯科・訪問栄養士・など 氏名: 事業所: TEL: FAX :	記載日:平成 年 月 日	
地域等関係者 氏名 関係 TEL: FAX :	記載日:平成 年 月 日	
家族・介護者(キーパーソン) 氏名 : TEL: FAX : 携帯:	記載日:平成 年 月 日	
ケアマネージャー ソーシャルワーカー 氏名 : 所属 : TEL: FAX : 携帯:	記載日:平成 年 月 日	