

情報連絡シート

フェースシート

至急 報告のみ ご回答下さい

発信日 平成 25 年 2 月 8 日

【宛先・返信者】	
所属	〇〇居宅介護支援事業所
氏名	〇〇 花子 様 職種 ()
電話	〇〇〇-〇〇〇〇
FAX	〇〇〇-〇〇〇〇



【発信者】	
所属	〇〇クリニック
氏名	〇〇太郎 職種 (医師)
電話	〇〇〇-〇〇〇〇
FAX	〇〇〇-〇〇〇〇

※ 他の関係者への転用 (可 ・ 不可)

連絡目的	<input type="checkbox"/> 患者・利用者について <input checked="" type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 入所 <input type="checkbox"/> 介護保険更新 <input type="checkbox"/> サービス担当者会議 <input type="checkbox"/> 診療・サービス利用の依頼 <input type="checkbox"/> 主治医意見書の依頼 <input type="checkbox"/> その他 ()			
------	--	--	--	--

連絡内容・特記事項							
ふりがな氏名	〇〇 〇子 様	年齢	85 歳	電話	〇〇〇-〇〇〇	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女
住所	和歌山市鳴神〇〇番地			介護度	3	駐車場	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無

誤嚥性肺炎の疑いあり、検査入院も検討しています。入院先と日程が決まればまた連絡します。

※ 居宅療養管理指導算定 (医 歯 ・ 薬 ・ 歯衛 ・ 栄)



返信日 平成 25 年 2 月 8 日

返信欄

ありがとうございます。入院の日程が決まるまで、注意すべき点などがあれば教えてください。

--

連絡をとりやすい方法・時間	<input type="checkbox"/> 訪問 <input checked="" type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> FAX <input type="checkbox"/> メール <input type="checkbox"/> その他 (携帯電話に連絡下さい 090-0000-0000)			
	① いつでも対応可	②	③	

情報提供書

医師用

情報提供先

〇〇居宅介護支援事業所

御中

医療機関名 〇〇〇クリニック
 所在地 和歌山市鳴神〇〇番地
 連絡先 〇〇〇-〇〇〇〇
 医師名 〇〇 太郎

<input checked="" type="checkbox"/> 本人・家族より個人情報の提供に対する同意済み		記入日 平成 25 年 2 月 8 日	
ふりがな 氏名	まるまる まるこ 〇〇 〇子様		性別 男・ <input checked="" type="radio"/> 女
住所	和歌山市鳴神〇〇番地		生年月日 H 3 年 1 月 1 日 T (85 歳)
介護保険被保番号	22222		電話 〇〇〇-〇〇〇〇
介護認定	申請中 要支援 1・2 要介護 1・2・3 <input checked="" type="radio"/> 4・5	有効期間 H 25 年 3 月 1 日 ~ H 26 年 2 月 28 日 認定日 H 25 年 2 月 2 日	
医療区分	国保3割 特定疾患受給者証 <input checked="" type="radio"/> 有・無 <input type="radio"/> 無	パーキンソン病	身体障がい者手帳 <input checked="" type="radio"/> 有・無 <input type="radio"/> 無 (障がい名) 体幹機能障害 1 種 3 級
連絡先(緊急時)			
氏名 (キーパーソン)	〇〇 〇〇子	(続柄) 娘	氏名 〇〇 〇夫 (続柄) 夫
住所	和歌山市鳴神〇〇番地		住所 和歌山市鳴神〇〇番地
電話 (自宅)	〇〇〇-〇〇〇〇	(携帯) 090-〇〇〇-〇〇〇〇	電話 (自宅) 〇〇〇-〇〇〇〇 (携帯) なし
傷病名	パーキンソン病		
利用者の病状、経過等 (直近の診察日: 平成 25 年 1 月 31 日) <input type="checkbox"/> 前回診療より変化なし 最近、食事量減少と食事の時間も長くなってきているので、誤嚥性肺炎の疑いがあります。			
投与中の薬剤の用量・用法 <input type="checkbox"/> 前回診療より変化なし			
<input type="checkbox"/> 一包化 <input type="checkbox"/> 粉砕 <input type="checkbox"/> その他 ()		アレルギー・副作用	
マドパー3Tス⑦ 2/5処方		<input checked="" type="radio"/> 有・無 <input type="radio"/> 無 アルコール禁	
		感染症	
		<input checked="" type="radio"/> 有・無 <input type="radio"/> 無 C型肝炎	
特別な医療 <input type="checkbox"/> 前回診療より変化なし			
<input type="checkbox"/> 疼痛の管理 <input type="checkbox"/> 褥瘡の処置 <input type="checkbox"/> ストーマの処置 <input type="checkbox"/> 留置カテーテル (サイズ 交換)			
<input type="checkbox"/> 点滴の管理 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 経管栄養 (経鼻 胃瘻 サイズ 交換)			
<input type="checkbox"/> ドレーン (部位:) 酸素療法 (L/min) <input type="checkbox"/> 吸引器 <input type="checkbox"/> 気管カニューレ (サイズ)			
<input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 人工膀胱 <input checked="" type="checkbox"/> その他 (吸引器の設置を検討)			
介護サービスを利用する上での留意点・介護方法 <input type="checkbox"/> 前回診療より変化なし			
体温	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり (発熱注意)	移動	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()
血圧	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり (入浴時注意)	入浴	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり (BP170/100以上中止)
嚥下	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり (誤嚥やムセに注意)	その他	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()
摂食	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり (嚥下できているか注意)		
利用者の日常生活上の留意事項 <input type="checkbox"/> 前回診療より変化なし			
病状変化: <input type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> 時々変化(要注意) <input checked="" type="checkbox"/> 徐々に悪化(要注意)			
<input type="checkbox"/> 急速に悪化(要随時報告) <input type="checkbox"/> 重症のため連絡を密に			
精神状態: <input type="checkbox"/> 安定 <input checked="" type="checkbox"/> 見守りや連絡などの配慮が必要 <input type="checkbox"/> コミュニケーションの工夫			
<input type="checkbox"/> 夜間の悪化に注意 <input type="checkbox"/> 常時介護が必要			
その他: <input type="checkbox"/> 糖尿病のために過食に注意 <input type="checkbox"/> インスリンの使用のため低血糖に注意 <input type="checkbox"/> 定期的な排便確認			
<input type="checkbox"/> 疼痛治療を行っているため、意識確認が必要 <input type="checkbox"/> 転倒による骨折に注意 <input checked="" type="checkbox"/> 十分な水分摂取			
医学管理の必要性			
<input type="checkbox"/> 訪問診療 <input checked="" type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ <input type="checkbox"/> 通所リハビリ <input type="checkbox"/> 短期入所療養介護 <input checked="" type="checkbox"/> 訪問歯科診療 <input type="checkbox"/> 訪問歯科衛生指導			
<input checked="" type="checkbox"/> 訪問薬剤管理指導 <input checked="" type="checkbox"/> 訪問栄養食事指導 <input type="checkbox"/> その他 ()			
備考 訪問栄養指導の利用も検討しています。			

情報連絡シート

フェースシート

至急 報告のみ ご回答下さい

発信日 平成 25 年 2 月 8 日

【宛先・返信者】	
所属	〇〇居宅介護支援事業所
氏名	〇〇 花子 様 職種 ()
電話	〇〇〇-〇〇〇〇
FAX	〇〇〇-〇〇〇〇



【発信者】	
所属	〇〇歯科
氏名	〇〇 〇男 職種 (歯科医)
電話	〇〇〇-〇〇〇〇
FAX	〇〇〇-〇〇〇〇

※ 他の関係者への転用 (可 ・ 不可)

連絡目的
<input checked="" type="checkbox"/> 患者・利用者について <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 入所 <input type="checkbox"/> 介護保険更新 <input type="checkbox"/> サービス担当者会議 <input type="checkbox"/> 診療・サービス利用の依頼 <input type="checkbox"/> 主治医意見書の依頼 <input type="checkbox"/> その他 ()

連絡内容・特記事項									
ふりがな氏名	〇〇 〇子 様	年齢	85 歳	電話	〇〇〇-〇〇〇〇	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女		
住所	和歌山市鳴神〇〇番地			介護度	3	駐車場	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
<p>最近食事の嚥下状態が悪く、口の中に飲みこめないまま残っていることがあります。食後の口腔ケアを忘れずに行う様に娘さんに指導しています。</p>									
※ 居宅療養管理指導算定 (医 ・ 歯 ・ 薬 ・ 歯衛 ・ 栄)									



返信日 平成 25 年 2 月 8 日

返信欄		
<p>いつもありがとうございます。主治医も誤嚥性肺炎を疑っており、検査入院を検討されています。詳しいことが決まれば、またお知らせします。</p>		
連絡をとりやすい方法・時間	<input type="checkbox"/> 訪問 <input type="checkbox"/> 電話 <input checked="" type="checkbox"/> FAX <input type="checkbox"/> メール <input type="checkbox"/> その他 ()	
	① 診療時間に送って下さい	②
		③

情報提供書

歯科医師用

情報提供先

〇〇居宅介護支援事業所

御中

歯科診療所名 〇〇歯科
所在地 和歌山市神前〇〇番地
連絡先 〇〇〇-〇〇〇〇
歯科医師名 〇〇 〇男

本人・家族より個人情報の提供に対する同意済み

記入日 平成 25 年 2 月 8 日

ふりがな	まるまる まるこ			性別	男・ <input checked="" type="radio"/> 女	生年月日	H 3 年 1 月 1 日 T (85 歳)
氏名	〇〇 〇子 様						
住所	和歌山市鳴神〇〇番地			電話	〇〇〇-〇〇〇〇		
介護保険被保番号	22222			有効期間	H 25 年 3 月 1 日 ~ H 26 年 2 月 28 日		
介護認定	申請中	要支援 1・2	要介護 1・2・3	<input checked="" type="radio"/> 4	・5	認定日	H 25 年 2 月 2 日
医療区分	国保3割	特定疾患受給者証	<input checked="" type="radio"/> 有・無	パーキンソン病		身体障がい者手帳	<input checked="" type="radio"/> 有・無 (障がい名) 体幹機能障害 1 種 3 級
連絡先(緊急時)							
氏名	(キーパーソン) 〇〇 〇子	(続柄) 娘	氏名	〇〇 〇夫	(続柄) 夫		
住所	和歌山市鳴神〇〇番地			住所	和歌山市鳴神〇〇番地		
電話	(自宅) 〇〇〇-〇〇〇〇	(携帯) 090-0000-0000	電話	(自宅) 〇〇〇-〇〇〇〇	(携帯) なし		
傷病名	パーキンソン病						
利用者の病状、経過等 (直近の診察日: 平成 25 年 1 月 25 日) <input type="checkbox"/> 前回診療より変化なし 嚥下困難により、食事摂取量が徐々に減少傾向にあります。							
投与中の薬剤の用量・用法 <input type="checkbox"/> 前回診療より変化なし							
<input type="checkbox"/> 一包化 <input type="checkbox"/> 粉碎 <input type="checkbox"/> その他 ()				アレルギー・副作用			
歯科からの投薬はなし				有・無			
				感染症			
				有・無			
口腔の状況 <input type="checkbox"/> 前回診療より変化なし							
口腔疾患: <input type="checkbox"/> むし歯 <input type="checkbox"/> 歯肉炎 <input type="checkbox"/> 歯周病 <input type="checkbox"/> カンジダ症 <input type="checkbox"/> 口腔粘膜疾患 <input type="checkbox"/> 欠損 <input checked="" type="checkbox"/> その他 (嚥下障害)							
口腔内清掃状況: <input type="checkbox"/> 良 <input checked="" type="checkbox"/> やや不良 <input type="checkbox"/> 不良							
義歯清掃状況: <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> やや不良 <input type="checkbox"/> 不良							
義歯問題点: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (再調整 要義歯修理 要義歯製作)							
口腔機能状態: 咀嚼機能 <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> やや不良 <input checked="" type="checkbox"/> 不良 嚥下機能 <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> やや不良 <input checked="" type="checkbox"/> 不良							
唾液分泌機能 <input checked="" type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> やや不良 <input type="checkbox"/> 不良 開口機能 <input type="checkbox"/> 良 <input checked="" type="checkbox"/> やや不良 <input type="checkbox"/> 不良							
構音機能 <input checked="" type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> やや不良 <input type="checkbox"/> 不良							
口腔清掃(歯磨き)自立度: <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助							
療養上必要な事項・介護サービスに関する留意事項 <input type="checkbox"/> 前回診療より変化なし							
治療: <input checked="" type="checkbox"/> 必要性あり <input type="checkbox"/> 必要性なし <input type="checkbox"/> 治療継続 <input type="checkbox"/> 治療終了							
口腔衛生: <input type="checkbox"/> 必要性あり <input type="checkbox"/> 必要性なし <input checked="" type="checkbox"/> ケア継続 <input type="checkbox"/> ケア終了							
口腔機能訓練: <input type="checkbox"/> 咀嚼 <input checked="" type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 構音機能 <input type="checkbox"/> 唾液分泌機能 <input checked="" type="checkbox"/> 開口機能 <input type="checkbox"/> その他 ()							
利用者の日常生活上の留意事項 <input type="checkbox"/> 前回診療より変化なし							
病状変化: <input type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> 時々変化(要注) <input type="checkbox"/> 徐々に悪化(要注意) <input type="checkbox"/> 急速に悪化(要随時報告) <input type="checkbox"/> 重症のため連絡を密に							
精神状態: <input type="checkbox"/> 安定 <input checked="" type="checkbox"/> 見守りや連絡などの配慮が必要 <input type="checkbox"/> コミュニケーションの工夫							
<input type="checkbox"/> 夜間の悪化に注意 <input type="checkbox"/> 常時介護が必							
その他: ()							
医学管理の必要性							
<input type="checkbox"/> 訪問歯科診療 <input checked="" type="checkbox"/> 訪問歯科衛生指導 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ <input type="checkbox"/> 訪問栄養 <input type="checkbox"/> 調剤薬局 <input type="checkbox"/> その他							

情報連絡シート

フェースシート

至急 報告のみ ご回答下さい

発信日 平成 25 年 2 月 8 日

【宛先・返信者】	
所属	〇〇居宅介護支援事業所
氏名	〇〇 花子 様 職種 ()
電話	〇〇〇-〇〇〇〇
FAX	〇〇〇-〇〇〇〇



【発信者】	
所属	〇〇歯科
氏名	〇〇 〇男 職種 (歯科医)
電話	〇〇〇-〇〇〇〇
FAX	〇〇〇-〇〇〇〇

※ 他の関係者への転用 (可 ・ 不可)

連絡目的
<input checked="" type="checkbox"/> 患者・利用者について <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 入所 <input type="checkbox"/> 介護保険更新 <input type="checkbox"/> サービス担当者会議 <input type="checkbox"/> 診療・サービス利用の依頼 <input type="checkbox"/> 主治医意見書の依頼 <input type="checkbox"/> その他 ()

連絡内容・特記事項									
ふりがな氏名	〇〇 〇子 様	年齢	85 歳	電話	〇〇〇-〇〇〇〇	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女		
住所	和歌山市鳴神〇〇番地			介護度	3	駐車場	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
<p>嚥下状態が悪くなってきたので、訪問看護ステーションから薬の処方内容について、主治医と相談してみたいとの依頼がありました。主治医からの処方内容に変更があった場合は、またお知らせします。</p>									
※ 居宅療養管理指導算定 (医 ・ 歯 ・ 薬 ・ 歯衛 ・ 栄)									



返信日 平成 25 年 2 月 8 日

返信欄	
<p>いつもありがとうございます。主治医の方からも、誤嚥性肺炎の疑いがあり、検査入院を検討されているとのこと。日程が決まれば、またこちらからもお知らせします。</p>	
連絡をとりやすい方法・時間	<input type="checkbox"/> 訪問 <input checked="" type="checkbox"/> 電話 <input checked="" type="checkbox"/> FAX <input type="checkbox"/> メール <input type="checkbox"/> その他 (携帯電話に連絡下さい 090-0000-0000)
	① いつでも対応可 ② ③

情報提供書

薬剤師用

情報提供先

〇〇居宅介護支援事業所

御中

調剤薬局名	〇〇薬局
所在地	和歌山市〇〇
連絡先	〇〇〇-〇〇〇〇
担当者名	〇〇 〇男

本人・家族より個人情報の提供に対する同意済み

記入日 平成 25 年 2 月 8 日

ふりがな	まるまる まるこ			性別	男・ <input checked="" type="radio"/> 女	生年月日	H 3 T 3 年 1 月 1 日 (85 歳)
氏名	〇〇 〇子 様						
住所	和歌山市鳴神〇〇番地			電話	〇〇〇-〇〇〇〇		
介護保険 被保番号	22222			有効期間	H 25 年 3 月 1 日 ~ H 26 年 2 月 28 日		
介護認定	申請中	要支援	1・2	要介護	1・2・3	<input checked="" type="radio"/> 4	5
医療区分	国保3割	特定疾患 受給者証	<input checked="" type="radio"/> 有・ <input type="radio"/> 無	パーキンソン病		身体障がい 者手帳	<input checked="" type="radio"/> 有・ <input type="radio"/> 無 (障がい名) 体幹機能障害 1 種 3 級
連絡先(緊急時)							
氏名	(キーパーソン)	〇〇 〇子		(続柄)	娘	氏名	〇〇 〇夫 (続柄) 夫
住所	和歌山市鳴神〇〇番地			住所	和歌山市鳴神〇〇番地		
電話	(自宅)	〇〇〇-〇〇〇〇	(携帯)	090-0000-0000		電話	(自宅) 〇〇〇-〇〇〇〇 (携帯) なし
主治医	(医療機関名)	〇〇〇クリニック		(氏名)	〇〇太郎 先生		(連絡先) 090-0000-0000
傷病名	パーキンソン病						
利用者の薬剤服用状況等 (1月当たりの訪問日数: 4 日)							
マドパー3Tス⑦ 2/5処方され嚥下状態等を聞きながら指導しています。徐々に嚥下状態が悪くなってきており、薬も飲みこみにくくなってきているようで、主治医と薬の処方について相談してほしいと家族から希望がありました。							
現在処方されている薬剤							
<input type="checkbox"/> 一包化 <input type="checkbox"/> 粉碎 <input type="checkbox"/> その他 ()				アレルギー・副作用			
マドパー3Tス⑦ 2/5処方				<input checked="" type="radio"/> 有・ <input type="radio"/> 無		アルコール禁	
				<input checked="" type="radio"/> 有・ <input type="radio"/> 無		感染症	
				<input checked="" type="radio"/> 有・ <input type="radio"/> 無		C型肝炎	
併用薬(主治医以外からの処方)							
特になし							
本人、家族に対する薬剤の管理指導の要点							
薬剤管理している人: <input type="checkbox"/> 本人 <input checked="" type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> ヘルパー <input type="checkbox"/> その他 ()							
管理方法: <input type="checkbox"/> お薬カレンダー <input type="checkbox"/> 配薬 BOX <input checked="" type="checkbox"/> 薬袋 <input type="checkbox"/> その他 ()							
麻薬の使用 <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり							
麻薬の保管管理状況: <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良 <input type="checkbox"/> その他 ()							
麻薬の服薬状況: <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良 <input type="checkbox"/> その他 ()							
疼痛緩和の状況: <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良 <input type="checkbox"/> その他 ()							
副作用: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()							
麻薬の廃棄: <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良 <input type="checkbox"/> その他 ()							
利用者の日常生活上の留意事項・解決すべき課題に関する要点							
薬が飲みこみにくくなってきているので、食事や水分の嚥下についても注意してください。							

情報連絡シート

フェースシート

至急 報告のみ ご回答下さい

発信日 平成 25 年 2 月 8 日

【宛先・返信者】	
所属	〇〇クリニック
氏名	〇〇 太郎 様 職種()
電話	〇〇〇-〇〇〇〇
FAX	〇〇〇-〇〇〇〇



【発信者】	
所属	〇〇訪問看護ステーション
氏名	〇〇 〇美 様 職種(訪問看護師)
電話	〇〇〇-〇〇〇〇
FAX	〇〇〇-〇〇〇〇

※ 他の関係者への転用 (可 ・ **不可**)

連絡目的
<input checked="" type="checkbox"/> 患者・利用者について <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 入所 <input type="checkbox"/> 介護保険更新 <input type="checkbox"/> サービス担当者会議 <input type="checkbox"/> 診療・サービス利用の依頼 <input type="checkbox"/> 主治医意見書の依頼 <input type="checkbox"/> その他 ()

連絡内容・特記事項							
ふりがな氏名	〇〇 〇子 様	年齢	85 歳	電話	〇〇〇-〇〇〇〇	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女
住所	和歌山市鳴神〇〇番地			介護度	3	駐車場	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
<p>最近嚥下状態が悪くなってきており、食事量も徐々に減少傾向で、体力の低下もきたしてきています。調剤薬局には、薬の飲みこみが悪くなってきたので、薬の処方について相談してもらおうよう依頼しています。一般状態は特に変わりはありませんが、誤嚥性肺炎の可能性も考えられますので、ご報告いたします。吸引器の使用を家族と相談しています。</p>							
※ 居宅療養管理指導算定 (医 ・ 歯 ・ 薬 ・ 歯衛 ・ 栄)							



返信日 平成 25 年 2 月 8 日

返信欄	
<p>居宅介護支援事業所にも連絡はしていますが、誤嚥性肺炎の可能性があるので、検査入院を検討しています。日程が決まればまた連絡します。それまでバイタルに注意して下さい。必要であれば点滴も考えています。薬の処方については、調剤薬局と相談した上で処方します。</p>	
連絡をとりやすい方法・時間	<input type="checkbox"/> 訪問 <input checked="" type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> FAX <input type="checkbox"/> メール <input type="checkbox"/> その他 (携帯電話に連絡下さい 090-0000-0000)
①	いつでも可
②	
③	

情報提供書

訪問看護師用

情報提供先

〇〇クリニック

御中

事業所名	〇〇訪問看護ステーション
所在地	和歌山市〇〇番地
連絡先	〇〇〇-〇〇〇〇
管理者名	〇〇 〇美
担当者名	〇〇 〇美

本人・家族より個人情報の提供に対する同意済み

記入日 平成 25 年 2 月 8 日

ふりがな	まるまる まるこ			性別	男・ <input checked="" type="radio"/> 女	生年月日	H 3 年 1 月 1 日 T (85 歳)	
氏名	〇〇 〇子様							
住所	和歌山市鳴神〇〇番地			電話	〇〇〇-〇〇〇〇			
介護保険被保番号	22222			有効期間	H 25 年 3 月 1 日 ~ H 26 年 2 月 28 日			
介護認定	申請中	要支援 1・2	要介護 1・2・3	<input checked="" type="radio"/> 4・5	認定日	H 25 年 2 月 2 日		
医療区分	国保3割	特定疾患受給者証	有・無	パーキンソン病	身体障がい者手帳	有・無	(障がい名) 体幹機能障害 1 種 3 級	
連絡先(緊急時)								
氏名	(キーパーソン) 〇〇 〇〇子	(続柄) 娘	氏名	〇〇 〇夫	(続柄) 夫			
住所	和歌山市鳴神〇〇番地			住所	和歌山市鳴神〇〇番地			
電話	(自宅) 〇〇〇-〇〇〇〇	(携帯) 090-〇〇〇-〇〇〇〇	電話	(自宅) 〇〇〇-〇〇〇〇	(携帯) なし			
家族構成および本人・ご家族の状況や経済状況								
夫と娘の三人家族。夫の年金で生活している。娘も仕事をしていないので、一日中介護のため母親に付き添っている。								
主治医	(医療機関名) 〇〇〇クリニック	(氏名) 〇〇太郎 先生	(連絡先) 090-0000-0000					
傷病名	パーキンソン病							
利用者の病状・障がい等の状態等 (1月当たりの訪問日数:訪問看護療養明細書の実日数 12 日 12 回)								
一般状態は特変ないが、嚥下困難が著明となってきた。誤嚥性肺炎の可能性はある。								
現在処方されている薬剤								
<input type="checkbox"/> 一包化 <input type="checkbox"/> 粉砕 <input type="checkbox"/> 投薬管理している人 (マドパー3TS⑦ 2/5処方)				アレルギー・副作用				
				<input checked="" type="radio"/> 有・無 アルコール禁				
				感染症				
				<input checked="" type="radio"/> 有・無 C型肝炎				
特別な医療								
<input type="checkbox"/> 疼痛の管理 <input type="checkbox"/> 褥瘡の処置 <input type="checkbox"/> ストーマの処置 <input type="checkbox"/> 留置カテーテル (サイズ 交換)								
<input type="checkbox"/> 点滴の管理 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 経管栄養 (経鼻 胃瘻 サイズ 交換)								
<input type="checkbox"/> ドレーン (部位:) <input type="checkbox"/> 酸素療法 (L/min) <input type="checkbox"/> 吸引器 <input type="checkbox"/> 気管カニューレ (サイズ)								
<input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 人工膀胱 <input checked="" type="checkbox"/> その他 ((吸引器の設置を検討))								
看護の内容・本人、家族に対する指導の要点								
<input checked="" type="checkbox"/> 一般状態の観察 <input type="checkbox"/> 褥瘡処置 <input type="checkbox"/> 点滴								
口腔ケアと食事の介助方法について指導								
利用者の日常生活上の留意事項・解決すべき課題に関する要点								
病状変化: <input type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> 時々変化(要注意) <input checked="" type="checkbox"/> 徐々に悪化(要注意) <input type="checkbox"/> 急速に悪化(要随時報告) <input type="checkbox"/> 重症のため連絡を密に								
精神状態: <input type="checkbox"/> 安定 <input checked="" type="checkbox"/> 見守りや連絡等の配慮が必要 <input type="checkbox"/> コミュニケーションの工夫 <input type="checkbox"/> 夜間の悪化に注意 <input type="checkbox"/> 常時介護が必要								
その他: <input type="checkbox"/> 糖尿病のため過食に注意 <input type="checkbox"/> インスリンの使用のため低血糖に注意 <input type="checkbox"/> 定期的な排便確認								
<input type="checkbox"/> 疼痛治療を行っているので、意識確認が必要 <input type="checkbox"/> 転倒による骨折に注意 <input checked="" type="checkbox"/> 十分な水分摂取								
必要と考えられる保健福祉サービス								
<input type="checkbox"/> 緊急通報システムの設置 <input checked="" type="checkbox"/> 紙おむつ支給 <input type="checkbox"/> 配食サービス <input type="checkbox"/> その他 ()								
備考・その他特記すべき事項								

ふりがな氏名 **〇〇 〇〇子** 様

記入日 平成 25 年 2 月 8 日

バイタルデータ	体温	36.8 °C	脈拍	70 回/分	呼吸	18 回/分	血圧	150/72 mmHg	測定日	H 25 年 2 月 8 日
計測	身長	160 cm	体重	50 kg					測定日	H 24 年 12 月 3 日

日常生活自立度	障がい	<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 checked="" type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2	評価日	H 25 年 2 月 8 日
	認知	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input checked="" type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M		

ADLとIADLの状況		評価日	平成 25 年 2 月 8 日	特記事項	
視力	<input type="checkbox"/> 日常生活に支障なし <input checked="" type="checkbox"/> 日常生活に支障あり			老眼あり 眼鏡使用	
聴力	<input type="checkbox"/> 日常生活に支障なし <input checked="" type="checkbox"/> 日常生活に支障あり			補聴器使用	
意思伝達	<input checked="" type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 時々可能 <input type="checkbox"/> 不可能			難聴のため、ゆっくり話しかける	
認知症	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり			金銭管理が難しく、娘が手伝っている	
周辺症状	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 幻覚・妄想 <input checked="" type="checkbox"/> 暴言・暴力 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 抑うつ・不安 <input type="checkbox"/> その他			貯金の話になると、夫に盗られたと興奮して怒り出す	
睡眠障がい	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり				
服薬管理	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助			オブラートでとろみをつけて、スプーンで飲ませている	
金銭管理	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助			娘に金銭管理は任せる	
麻痺の部位	<input checked="" type="checkbox"/> 左上肢 <input checked="" type="checkbox"/> 左下肢 <input checked="" type="checkbox"/> 右上肢 <input checked="" type="checkbox"/> 右下肢 <input checked="" type="checkbox"/> その他			上肢は手首に軽度拘縮。下肢は立位不可。円背あり。	
麻痺	上肢	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 軽度 <input checked="" type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度			
	下肢	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中度 <input checked="" type="checkbox"/> 重度			
歩行	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助			起立・歩行は全くできない	
移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 杖 <input checked="" type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> ストレッチャー			室内も車いすで移動	
座位保持	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			時間が絶つと前にずれてくるのでクッション使用	
転倒のリスク	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ややあり <input type="checkbox"/> 状況によりあり <input type="checkbox"/> あり			自分では動けない	
排尿	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助			時間的に娘がトイレ介助しており、オムツに失禁あり	
排便	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助			尿意便意なく失禁	
排泄方法	<input checked="" type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> Pトイレ <input type="checkbox"/> 導尿 <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> パルーン <input checked="" type="checkbox"/> 紙パンツ <input checked="" type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> ストマ <input type="checkbox"/> 浣腸 <input type="checkbox"/> 摘便	最終排便 (2 月 7 日)		夜間のみ介護用おむつ使用。 日中はトイレ介助。	
入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 機械浴			夫と娘で入浴介助している。	
入浴制限	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり			主治医よりBP170/100mmHg以上の時は入浴禁止	
更衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助			手首拘縮あるので細かいことができず娘が介助	
整容	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助			手首拘縮あるので細かいことができず娘が介助	
皮膚疾患	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり				
褥瘡	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり				
口腔疾患	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> あり				
口腔衛生	<input checked="" type="checkbox"/> 十分 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 不十分			〇〇歯科で口腔ケアを受けている。	
咀嚼	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 義歯必要 <input checked="" type="checkbox"/> 困難			歯は抜けて1本もない状態。義歯もつけていない	
義歯	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり			義歯はあるが使っていない。	
嚥下	<input type="checkbox"/> 問題なし <input checked="" type="checkbox"/> 誤嚥に注意 <input type="checkbox"/> 困難			とろみを使ってもなかなか飲み込めず口の中に残る	
食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助			娘がとろみ食をスプーンで30分かけて食べさせている	
食事形態	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> ソフト <input type="checkbox"/> 粥 <input checked="" type="checkbox"/> トロミ <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> パースト <input type="checkbox"/> 経管栄養 (kcal/日)			とろみ剤を使って食事もお茶も摂取している	
食事摂取量	<input type="checkbox"/> 食はず <input type="checkbox"/> スプーン3口程度 <input type="checkbox"/> 1/3 <input checked="" type="checkbox"/> 2/3 <input type="checkbox"/> 全量			少しずつ食べる量が減ってきている。	
栄養状態	<input type="checkbox"/> 良い <input type="checkbox"/> 不明 <input checked="" type="checkbox"/> 悪い			やや体重が減少傾向。	
食事制限	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり			誤嚥に注意して無理せず摂取できる範囲で食時介助	
水分制限	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり			誤嚥に注意して無理せず摂取できる範囲で飲用	

情報連絡シート

フェースシート

至急 報告のみ ご回答下さい

発信日 平成 25 年 2 月 8 日

【宛先・返信者】	
所属	〇〇クリニック
氏名	〇〇 太郎 様 職種()
電話	〇〇〇-〇〇〇〇
FAX	〇〇〇-〇〇〇〇



【発信者】	
所属	〇〇居宅介護支援事業所
氏名	〇〇花子 職種(ケアマネジャー)
電話	〇〇〇-〇〇〇〇
FAX	〇〇〇-〇〇〇〇

※ 他の関係者への転用 (可 ・ ~~不可~~)

連絡目的	<input type="checkbox"/> 患者・利用者について <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 入所 <input type="checkbox"/> 介護保険更新 <input checked="" type="checkbox"/> サービス担当者会議
	<input type="checkbox"/> 診療・サービス利用の依頼 <input type="checkbox"/> 主治医意見書の依頼 <input type="checkbox"/> その他 ()

連絡内容・特記事項							
ふりがな氏名	〇〇 〇子 様	年齢	85 歳	電話	〇〇〇-〇〇〇〇	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女
住所	和歌山市鳴神〇〇番地			介護度	3	駐車場	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
<p>介護保険更新に伴い、サービス担当者会議を本人宅にて開催したいと思っております。お忙しい中とは思いますが、先生のご都合の良い日時を教えてくださいませんか？よろしくお願ひいたします。駐車場は別添の地図でご確認ください。 ※吸引器の設置の件について相談したいと思っております。</p>							
※ 居宅療養管理指導算定(医 ・ 歯 ・ 薬 ・ 歯衛 ・ 栄)							



返信日 平成 25 年 2 月 8 日

返信欄	
2月14日14:00頃訪問診療に行く予定になっているので、その時にどうですか？	
連絡をとりやすい方法・時間	<input type="checkbox"/> 訪問 <input checked="" type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> FAX <input type="checkbox"/> メール <input type="checkbox"/> その他 (携帯電話に連絡下さい 090-0000-0000)
①	いつでも可
②	
③	

情報提供書

介護支援専門員用

情報提供先

〇〇クリニック

御中

事業所名	〇〇居宅介護支援事業所
所在地	和歌山市鳴神〇〇番地
連絡先	〇〇〇-〇〇〇〇
管理者名	〇〇花子
担当者名	〇〇花子

<input checked="" type="checkbox"/> 本人・家族より個人情報の提供に対する同意済み		記入日 平成 25 年 2 月 8 日		
ふりがな	まるまる まるこ		性別	男・ <input checked="" type="radio"/> 女
氏名	〇〇 〇子 様		生年月日	H 3 年 1 月 1 日 (85 歳)
住所	和歌山市鳴神〇〇番地		電話	〇〇〇-〇〇〇〇
介護保険被保番号	22222		有効期間	~ H 25 年 3 月 1 日 H 26 年 2 月 28 日
介護認定	申請中 (申請日: H 24 年 1 月 10 日) 暫定利用 (有・ <input checked="" type="radio"/> 無) 要支援 1・2 要介護 1・2・ <input checked="" type="radio"/> 3・4・5		認定日	H 25 年 2 月 2 日
医療区分	国保3割	特定疾患受給者証	<input checked="" type="radio"/> 有・無	パーキンソン病
身体障がい者手帳	<input checked="" type="radio"/> 有・無		(障がい名) 体幹機能障害 1 種 3 級	
連絡先(緊急時)				
氏名	(キーパーソン) 〇〇 〇〇子	(続柄) 娘	氏名	〇〇 〇夫 (続柄) 夫
住所	和歌山市鳴神〇〇番地		住所	和歌山市鳴神〇〇番地
電話	(自宅) 〇〇〇-〇〇〇〇	(携帯) 090-〇〇〇-〇〇〇〇	電話	(自宅) 〇〇〇-〇〇〇〇 (携帯) なし
本人・ご家族の状況・意向や援助方針など(経済状況等)				
本人:できるだけ家族と一緒に過ごしたい。 家族:先のことはあるが、自宅で見取ってあげたい。				
主治医	医療機関名	氏名	連絡先	病名
①	〇〇〇クリニック	〇〇 太郎	〇〇〇-〇〇〇〇	パーキンソン病
②				
③				
利用者の病状、経過等				
病状は現在安定していますが、少しずつ嚥下機能が落ちてきているので、誤嚥性肺炎に注意が必要な状態。吸引器の設置を検討予定。				
現在処方されている薬剤				
<input type="checkbox"/> 一包化 <input type="checkbox"/> 粉碎 <input checked="" type="checkbox"/> 投薬管理している人 (娘)			アレルギー・副作用	
マドパー3Tス⑦ 2/5処方			<input checked="" type="radio"/> 有・無 アルコール禁	
			感染症	
			<input checked="" type="radio"/> 有・無 C型肝炎	
特別な医療				
<input type="checkbox"/> 疼痛の管理 <input type="checkbox"/> 褥瘡の処置 <input type="checkbox"/> ストーマの処置 <input type="checkbox"/> 留置カテーテル (サイズ 交換)				
<input type="checkbox"/> 点滴の管理 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄 <input type="checkbox"/> 経管栄養 (経鼻 胃瘻 サイズ 交換)				
<input type="checkbox"/> ドレーン (部位:) (酸素療法 L/min) <input type="checkbox"/> 吸引器 <input type="checkbox"/> 気管カニューレ (サイズ)				
<input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 人工膀胱 <input checked="" type="checkbox"/> その他 (吸引器の設置を検討予定)				
関係機関				
	事業所名	連絡先	事業所名	連絡先
歯科	〇〇歯科	〇〇〇-〇〇〇〇	薬局	〇〇薬局 〇〇〇-〇〇〇〇
訪看	〇〇訪問看護ステーション	〇〇〇-〇〇〇〇	訪問リハ	
通所介護			通所リハ	
訪問介護			訪問入浴	
ショートステイ			福祉用具貸与	〇〇レンタル 〇〇〇-〇〇〇〇
<input type="checkbox"/> 住宅改修 <input checked="" type="radio"/> 有・無 <input type="checkbox"/> 福祉用具購入 <input checked="" type="radio"/> 有・無 (スロープ設置・シャワーチェア購入 車いす・クッションレンタル)				
<input checked="" type="checkbox"/> 居宅療養管理指導算定 保険外サービス (医・歯・訪問看護・調剤薬局・栄養)				

ふりがな
氏名 ○○ 〇子 様

記入日 平成 25 年 2 月 8 日

本人の生活歴・趣味・日中の過ごし方
結婚前までは○○病院で看護師をしていたが、結婚後、退職し専業主婦をしていた。
35歳の時にパーキンソン病発症。娘にずっと付き添ってもらい介護を受けている。テレビで相撲を見るのを楽しみにしている。

日常生活自立度	障がい 認知	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> J2 <input checked="" type="checkbox"/> IIa	<input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> IIIa	<input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> IIIb	<input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> IV	<input checked="" type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2	評価日 H 25 年 2 月 8 日
---------	-----------	--	---	--	--	--	--	--	--	-----------------------

ADLとIADLの状況		評価日	平成 25 年 2 月 8 日	特記事項	
視力	<input type="checkbox"/> 日常生活に支障なし <input checked="" type="checkbox"/> 日常生活に支障あり			老眼あり 眼鏡使用	
聴力	<input type="checkbox"/> 日常生活に支障なし <input checked="" type="checkbox"/> 日常生活に支障あり			補聴器使用	
意思伝達	<input checked="" type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 時々可能 <input type="checkbox"/> 不可能			難聴のため、ゆっくり話しかける	
認知症	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり			金銭管理が難しく、娘が手伝っている	
周辺症状	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 幻覚・妄想 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input checked="" type="checkbox"/> 暴言・暴力 <input type="checkbox"/> 抑うつ・不安 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> その他			貯金の話になると、夫に盗られたと興奮して怒り出す	
睡眠障がい	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり				
服薬管理	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助			オブラートでとろみをつけて、スプーンで飲ませている。	
金銭管理	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助			娘に金銭管理は任せている	
麻痺の部位	<input checked="" type="checkbox"/> 左上肢 <input checked="" type="checkbox"/> 左下肢 <input checked="" type="checkbox"/> 右上肢 <input checked="" type="checkbox"/> 右下肢 <input checked="" type="checkbox"/> その他			上肢は手首に軽度拘縮。下肢は立位不可。円背あり。	
麻痺	上肢	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 軽度 <input checked="" type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度			
	下肢	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中度 <input checked="" type="checkbox"/> 重度			
歩行	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助			起立・歩行は全くできない。	
移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 杖 <input checked="" type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> ストレッチャー			室内も車いすで移動。	
座位保持	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			時間が経つと前にずれてくるのでクッション使用	
転倒のリスク	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ややあり <input type="checkbox"/> 状況によりあり <input type="checkbox"/> あり			自分では動けない。	
排尿	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助			時間的に娘がトイレ介助しており、オムツに失禁あり	
排便	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助			尿意便意なく失禁	
排泄方法	<input checked="" type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> Pトイレ <input type="checkbox"/> 導尿 <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> パルーン <input checked="" type="checkbox"/> 紙パンツ <input checked="" type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> ストマ <input type="checkbox"/> 浣腸 <input type="checkbox"/> 摘便			夜間のみ介護用オムツ。日中はトイレ介助。最終排便は(2 月 7 日)	
入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 機械浴			夫と娘で入浴介助している。	
入浴制限	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり			主治医よりBP170/100mmHg以上の時は入浴禁止	
更衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助			手首拘縮あるので細かいことができず娘が介助	
整容	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助			手首拘縮あるので細かいことができず娘が介助	
皮膚疾患	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり				
褥瘡	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり				
口腔疾患	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> あり				
口腔衛生	<input checked="" type="checkbox"/> 十分 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 不十分			○○歯科で口腔ケアを受けている	
咀嚼	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 義歯必要 <input checked="" type="checkbox"/> 困難			歯は抜けて1本もない状態。義歯もつけていない。	
義歯	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり			義歯はあるが使っていない。	
嚥下	<input type="checkbox"/> 問題なし <input checked="" type="checkbox"/> 誤嚥に注意 <input type="checkbox"/> 困難			とろみを使ってもなかなか飲みこめず口の中に残る	
食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助			娘がとろみ食をスプーンで30分かけて食べさせている	
食事形態	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> ソフト <input type="checkbox"/> 粥 <input checked="" type="checkbox"/> トロミ <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> パースト <input type="checkbox"/> 経管栄養 (kcal/日)			とろみ剤を使って食事もお茶も摂取している	
食事摂取量	<input type="checkbox"/> 食はず <input type="checkbox"/> スプーン3口程度 <input type="checkbox"/> 1/3 <input checked="" type="checkbox"/> 2/3 <input type="checkbox"/> 全量			少しずつ食べる量が減ってきている	
栄養状態	<input type="checkbox"/> 良い <input type="checkbox"/> 不明 <input checked="" type="checkbox"/> 悪い			やや体重が減少傾向	
食事制限	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり			誤嚥に注意して無理せず摂取できる範囲で食事介助	
水分制限	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり			誤嚥に注意して無理せず摂取できる範囲で飲用	

情報連絡シート

フェースシート

至急 報告のみ ご回答下さい

発信日 平成 25 年 2 月 8 日

【宛先・返信者】	
所属	〇〇居宅介護支援事業所
氏名	〇〇花子 様 職種()
電話	〇〇〇-〇〇〇〇
FAX	〇〇〇-〇〇〇〇



【発信者】	
所属	〇〇病院 栄養科
氏名	〇〇 〇江 職種(栄養士)
電話	〇〇〇-〇〇〇〇
FAX	〇〇〇-〇〇〇〇

※ 他の関係者への転用 (可 ・ 不可)

連絡目的
<input checked="" type="checkbox"/> 患者・利用者について <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 入所 <input type="checkbox"/> 介護保険更新 <input type="checkbox"/> サービス担当者会議 <input type="checkbox"/> 診療・サービス利用の依頼 <input type="checkbox"/> 主治医意見書の依頼 <input type="checkbox"/> その他 ()

連絡内容・特記事項							
ふりがな氏名	〇〇 〇子 様	年齢	85 歳	電話	〇〇〇-〇〇〇〇	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女
住所	和歌山市鳴神〇〇番地			介護度	3	駐車場	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
<p>ご紹介頂きありがとうございました。ご依頼頂いた◎◎ ◎◎子様訪問に行ってきました。食事が減って嚥下に時間がかかっているようなので、ソフト食をすすめてみましたので、対応よろしくお願ひいたします。</p>							
※ 居宅療養管理指導算定 (医 ・ 歯 ・ 薬 ・ 歯衛 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 栄)							



返信日 平成 25 年 2 月 8 日

返信欄	
<p>ありがとうございます。ソフト食で摂取しやすくなるかどうか経過観察してみます。ソフト食の入手先を教えてくださいませんか？</p>	
連絡をとりやすい方法・時間	<input type="checkbox"/> 訪問 <input checked="" type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> FAX <input type="checkbox"/> メール <input type="checkbox"/> その他 (携帯電話に連絡下さい 090-0000-0000)
	① いつでも対応可 ② ③

情報提供書

栄養士用

情報提供先

〇〇居宅介護支援事業所

御中

所属事業所名 〇〇病院 栄養科
 所在地 和歌山市〇〇
 連絡先 〇〇〇-〇〇〇〇
 担当栄養士名 〇〇 〇江

本人・家族より個人情報の提供に対する同意済み

記入日 平成 25 年 2 月 8 日

ふりがな	まるまる まるこ			性別	男・ <input checked="" type="radio"/> 女	生年月日	H 3 年 1 月 1 日 T (85 歳)
氏名	〇〇 〇子 様						
住所	和歌山市鳴神〇〇番地			電話	〇〇〇-〇〇〇〇		
介護保険被保番号	22222			有効期間	H 25 年 3 月 1 日 ~ H 26 年 2 月 28 日		
介護認定	申請中	要支援 1・2	要介護 1・ <input checked="" type="radio"/> 2・3・4・5	認定日	H 25 年 2 月 2 日		
医療区分	国保3割	特定疾患受給者証	<input checked="" type="radio"/> 有・無	パーキンソン病	身体障がい者手帳	<input checked="" type="radio"/> 有・無	(障がい名) 体幹機能障害 1 種 3 級
連絡先(緊急時)							
氏名	(キーパーソン)	〇〇 〇子		(続柄)	娘	氏名	〇〇 〇夫 (続柄) 夫
住所	和歌山市鳴神〇〇番地			住所	和歌山市鳴神〇〇番地		
電話	(自宅)	〇〇〇-〇〇〇〇	(携帯)	090-〇〇〇-〇〇〇〇	電話	(自宅)	〇〇〇-〇〇〇〇 (携帯) なし
傷病名	パーキンソン病						
利用者の経過等 (直近の訪問日: 平成 25 年 2 月 1 日)							
トロミ食を食べていたようですが、食事の嚥下が悪く、口の中に食物残差も残っている状態で、時間も30分以上かかっているようなので、ソフト食に変更をすすめてみました。							
栄養指導の内容	身長	160	cm	体重	48	Kg	平成 25 年 2 月 1 日測定
体重減少率:	食事内容をソフト食に変更			アレルギー・副作用			
				<input checked="" type="radio"/> 有・無 アルコール禁			
				感染症			
				<input checked="" type="radio"/> 有・無 C型肝炎			
食事介助をする上での留意点・介護方法							
嚥下	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	(誤嚥に注意)				
摂食	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	(誤嚥に注意)				
その他	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	()				
利用者の日常生活上の留意事項							
病状変化:	<input type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> 時々変化(要注意) <input checked="" type="checkbox"/> 徐々に悪化(要注意) <input type="checkbox"/> 急速に悪化(要随時報告)						
精神状態:	<input type="checkbox"/> 重症のため連絡を密に <input type="checkbox"/> 安定 <input checked="" type="checkbox"/> 見守りや連絡等の配慮が必要 <input type="checkbox"/> コミュニケーションの工夫 <input type="checkbox"/> 夜間の悪化に注意						
その他:	<input type="checkbox"/> 常時介護が必要 <input type="checkbox"/> 糖尿病のため過食に注意 <input type="checkbox"/> インスリンの使用のため低血糖に注意 <input type="checkbox"/> 定期的な排便確認						
誤嚥性肺炎に <input type="checkbox"/> 疼痛治療を <input checked="" type="checkbox"/> しているため、意識確認が必要 <input type="checkbox"/> 十分な水分摂取							
備考							

情報連絡シート

フェースシート

至急 報告のみ ご回答下さい

発信日 平成 25 年 2 月 8 日

【宛先・返信者】	
所属	〇〇歯科
氏名	〇〇 〇男 様 職種()
電話	〇〇〇-〇〇〇〇
FAX	〇〇〇-〇〇〇〇



【発信者】	
所属	〇〇歯科
氏名	〇〇〇子 職種(歯科衛生士)
電話	〇〇〇-〇〇〇〇
FAX	〇〇〇-〇〇〇〇

※ 他の関係者への転用 (可 ・ 不可)

連絡目的
<input checked="" type="checkbox"/> 患者・利用者について <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 入所 <input type="checkbox"/> 介護保険更新 <input type="checkbox"/> サービス担当者会議 <input type="checkbox"/> 診療・サービス利用の依頼 <input type="checkbox"/> 主治医意見書の依頼 <input type="checkbox"/> その他 ()

連絡内容・特記事項									
ふりがな氏名	〇〇 〇子 様	年齢	85 歳	電話	〇〇〇-〇〇〇〇	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女		
住所	和歌山市鳴神〇〇番地			介護度	3	駐車場	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
<p>最近、食物残差が口の中に残っている状態が多くなってきて、誤嚥している可能性があります。家族には、食後すぐ口腔ケアをするように指導していますが、食事介助が大変になってきているようです。</p>									
※ 居宅療養管理指導算定 (医 ・ 歯 ・ 薬 ・ 歯衛 ・ 栄)									



返信日 平成 25 年 2 月 8 日

返信欄	
<p>こちらからも口腔ケアについて注意するように説明しています。引き続き指導お願いします。入院して誤嚥性肺炎の検査も主治医のほうで検討されているようです。</p>	
連絡をとりやすい方法・時間	<input type="checkbox"/> 訪問 <input type="checkbox"/> 電話 <input checked="" type="checkbox"/> FAX <input type="checkbox"/> メール <input type="checkbox"/> その他 () ① 診療時間に送って下さい ② ③

情報提供書

歯科衛生士用

情報提供先

〇〇歯科

御中

歯科診療所名 〇〇病院 栄養科
 所在地 和歌山市〇〇
 連絡先 〇〇〇-〇〇〇〇
 担当者名 〇〇 〇江

本人・家族より個人情報の提供に対する同意済み

記入日 平成 25 年 2 月 8 日

ふりがな	まるまる まるこ			性別	男・ <input checked="" type="radio"/> 女	生年月日	H 3 T 年 1 月 1 日 (85 歳)
氏名	〇〇 〇子 様						
住所	和歌山市鳴神〇〇番地			電話	〇〇〇-〇〇〇〇		
介護保険被保番号	22222			有効期間	H 25 年 3 月 1 日 ~ H 26 年 2 月 28 日		
介護認定	申請中	要支援 1・2	要介護 1・2・3	<input checked="" type="radio"/> 4	5	認定日	H 25 年 2 月 2 日
医療区分	国保3割	特定疾患受給者証	<input checked="" type="radio"/> 有・ <input type="radio"/> 無	パーキンソン病		身体障がい者手帳	<input checked="" type="radio"/> 有・ <input type="radio"/> 無 (障がい名) 体幹機能障害 1 種 3 級
連絡先(緊急時)							
氏名	(キーパーソン) 〇〇 〇〇子	(続柄) 娘	氏名	〇〇 〇夫	(続柄) 夫		
住所	和歌山市鳴神〇〇番地			住所	和歌山市鳴神〇〇番地		
電話	(自宅) 〇〇〇-〇〇〇〇	(携帯) 090-〇〇〇-〇〇〇〇	電話	(自宅) 〇〇〇-〇〇〇〇	(携帯) なし		
傷病名	パーキンソン病						
利用者の病状、経過等 (歯科医師の診察日または指示日: 平成 25 年 1 月 25 日) 口腔内の食物残差が増えてきています。嚥下困難が著明になってきています。							
投与中の薬剤の用量・用法							
<input type="checkbox"/> 一包化 <input type="checkbox"/> 粉砕 <input type="checkbox"/> その他 () 歯科からは特になし				アレルギー・副作用 <input checked="" type="radio"/> 有・ <input type="radio"/> 無 アルコール禁 感染症 <input checked="" type="radio"/> 有・ <input type="radio"/> 無 C型肝炎			
口腔の状況 身長 160 cm 48 Kg BMI 19 平成 25 年 2 月 8 日測定							
口腔疾患: <input type="checkbox"/> むし歯 <input type="checkbox"/> 歯肉炎 <input type="checkbox"/> 歯周病 <input type="checkbox"/> カンジダ症 <input type="checkbox"/> 口腔粘膜疾患 <input type="checkbox"/> 欠損 <input checked="" type="checkbox"/> その他 (嚥下障害) 口腔内清掃状況: <input type="checkbox"/> 良 <input checked="" type="checkbox"/> やや不 _良 <input type="checkbox"/> 不良 義歯清掃状況: <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> やや不 _良 <input type="checkbox"/> 不良 義歯問題点: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (再調整・要義歯修理・要義歯作成) 口腔機能状態: 咀嚼機能 <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> やや不 _良 <input checked="" type="checkbox"/> 不良 唾液分泌機能 <input checked="" type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> やや不 _良 <input type="checkbox"/> 不良 開口機能 <input type="checkbox"/> 良 <input checked="" type="checkbox"/> やや不 _良 <input type="checkbox"/> 不良 構音機能 <input checked="" type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> やや不 _良 <input type="checkbox"/> 不良 嚥下機能 <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> やや不 _良 <input checked="" type="checkbox"/> 不良 口腔清掃(歯磨き)自立度: <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助							
解決すべき課題の改善等に関する要点 口腔衛生: <input checked="" type="checkbox"/> 必要性あり <input type="checkbox"/> 必要性なし <input checked="" type="checkbox"/> ケア継続 <input type="checkbox"/> ケア終了 食生活指導: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 口腔機能訓練: <input type="checkbox"/> 咀嚼 <input checked="" type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 構音機能 <input type="checkbox"/> 唾液分泌機能 <input checked="" type="checkbox"/> 開口機能 <input type="checkbox"/> その他 ()							
利用者・家族に対する指導内容							
病状変化: <input type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> 時々変化(要注 _意) <input checked="" type="checkbox"/> 徐々に悪化(要注 _意) <input type="checkbox"/> 急速に悪化(要随時報告) <input type="checkbox"/> 重症のため連絡を密に 食生活の指導: <input checked="" type="checkbox"/> 食事量 <input type="checkbox"/> 食事環境 <input type="checkbox"/> 介助方法 口腔ケア: <input checked="" type="checkbox"/> 方法 <input checked="" type="checkbox"/> 注意点 その他:							
訪問の日時							
①	2 月 9 日	15:00 ~ 15:30	訪問	②	月 日	~	訪問
③	月 日	~	訪問	④	月 日	~	訪問

