

# 春日部市医療介護連携シート（はるパス）

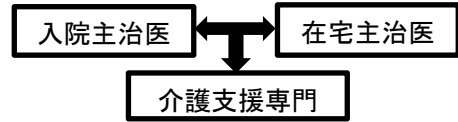
表面

【取扱注意】

本シートは、春日部市及び近隣の多職種が協働して、ご本人が在宅生活を安心して継続出来るよう支援するために、必要な情報共有を行うことを目的としています。ご協力のほどよろしくお願いいたします。

|            |   |
|------------|---|
| (1) 連携機関名称 | 様 |
|------------|---|

|                   |   |   |   |
|-------------------|---|---|---|
| (2) 送付日           | 年 | 月 | 日 |
| (3) 入退院日<br>(予定日) | 年 | 月 | 日 |



連携元と連携先に○印をつけて下さい。

利用者(家族)の同意に基づき、身体・生活機能等の情報を送付しますので、ご活用ください。医療情報については、診療情報提供書等をご参照下さい。

|                     |  |   |   |  |  |
|---------------------|--|---|---|--|--|
| ふりがな                |  |   | (5) 生年・性別等  | <input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和  | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 申請中              |
| (4) 利用者氏名           |  |   | 年 月 日   | 年 月 日  | (6) 要介護度   |
|                     |  |   | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 (満 歳) |  | <input type="checkbox"/> 要支援 ( )<br><input type="checkbox"/> 要介護 ( ) |
| (7) 生活保護            | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有  | (8) 障害等認定   | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 身障( 級)  | <input type="checkbox"/> 精神( 級)  | <input type="checkbox"/> 特定疾患( ) <input type="checkbox"/> 療育         |
| (9) 同居家族            | <input type="checkbox"/> 無   | <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 子の配偶者<br><input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> その他( ) | (10) 住居   | <input type="checkbox"/> 戸建 <input type="checkbox"/> 施設( )<br><input type="checkbox"/> 集合住宅( 階) エレベータ: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 |  |
| (11) 主介護者           | 続柄   | <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居   | 電話  | 就労状況   | 健康状態   |
| (12) キーパーソン         | 続柄   | <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居   | 電話  | (13) 緊急連絡先   |  |
| (14) 日常生活自立度(寝たきり度) | <input type="checkbox"/> J 独力で外出 <input type="checkbox"/> A 屋内の生活は自立 <input type="checkbox"/> B 車いす使用 <input type="checkbox"/> C 一日中ベッド上   |   |   |  |  |
| (15) 認知症高齢者日常生活自立度  | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ⇒ <input type="checkbox"/> I 日常生活自立 <input type="checkbox"/> II 付添で自立 <input type="checkbox"/> III 時々介助が必要 <input type="checkbox"/> IV 常に介助が必要   |   |   |  |  |
| (16) 在宅医療利用状況or提供予定 | <input type="checkbox"/> 外来診療( 回/月) <input type="checkbox"/> 訪問歯科( 回/月) <input type="checkbox"/> 訪問看護( 回/月) <input type="checkbox"/> 訪問マッサージ( 回/月)<br><input type="checkbox"/> 訪問診療( 回/月) <input type="checkbox"/> 訪問薬剤( 回/月) <input type="checkbox"/> 訪問栄養( 回/月) <input type="checkbox"/> その他( )  |   |   |  |  |
| (17) 在宅医療内容or提供予定内容 | <input type="checkbox"/> 点滴( ) <input type="checkbox"/> 透析( ) <input type="checkbox"/> インスリン 単位 <input type="checkbox"/> 褥瘡等処置 <input type="checkbox"/> 留置カテーテル<br><input type="checkbox"/> 浣腸・摘弁 <input type="checkbox"/> 酸素療法 ℓ/分 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 人工呼吸 <input type="checkbox"/> 吸引・吸入 <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 緩和ケア |   |   |  |  |
| (18) 在宅介護利用状況or提供予定 | <input type="checkbox"/> 訪問介護( 回/週) <input type="checkbox"/> 訪問リハ( 回/週) <input type="checkbox"/> 通所介護( 回/週) <input type="checkbox"/> 訪問入浴( 回/週)<br><input type="checkbox"/> 訪問看護( 回/週) <input type="checkbox"/> 通所リハ( 回/週) <input type="checkbox"/> ショート( 回/月) <input type="checkbox"/> その他( )   |   |   |  |  |
| (19) 過去半年間の入院有無     | <input type="checkbox"/> 有   | 期間: 年 月 日   | 原因疾患  |  |  |
|                     | <input type="checkbox"/> 無   | ~ 年 月 日   |   |  |  |

## (20) かかりつけ情報等 (医師・CM・歯科医師・訪問看護ステーション・薬局等)

| 機関等名称 | 診療科名等 | 担当者名(職種) | 情報源  | 主病名 | 受診状況等 | 特記事項(既往歴等) |
|-------|-------|----------|--|-----|-------|------------|
| 1     |       | (医師)     | <input type="checkbox"/> 意見書<br><input type="checkbox"/> 家族等 |     |       |            |
| 2     |       | (CM)     | <input type="checkbox"/> 意見書<br><input type="checkbox"/> 家族等 |     |       |            |
| 3     |       | (薬剤)     | <input type="checkbox"/> 意見書<br><input type="checkbox"/> 家族等 |     |       |            |
| 4     |       | ( )      | <input type="checkbox"/> 意見書<br><input type="checkbox"/> 家族等 |     |       |            |
| 5     |       | ( )      | <input type="checkbox"/> 意見書<br><input type="checkbox"/> 家族等 |     |       |            |
| 6     |       | ( )      | <input type="checkbox"/> 意見書<br><input type="checkbox"/> 家族等 |     |       |            |

# 春日部市医療介護連携シート（はるパス）

裏面

【取扱注意】

裏面は、すべての欄への記載は必要ありません。本シートの目的に関連し、伝達・相談・依頼に当たって必要な項目を記入してください。

|                      |  |   |   |         |   |  |
|----------------------|--|---|---|---------|---|--|
| <b>記入時の身体・生活機能等</b>  |  | (21) 記入日  | 年   | 月       | 日 | <input type="checkbox"/> 入院時 <input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 退院時 |
|                      |  |   |   |         |   | <input type="checkbox"/> 地域生活期 <input type="checkbox"/> その他( )                         |
| (22) 麻痺筋力低下          | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度   | 部位  | <input type="checkbox"/> 右上肢 <input type="checkbox"/> 右下肢 <input type="checkbox"/> 左上肢 <input type="checkbox"/> 左下肢 <input type="checkbox"/> その他( ) |         |   |  |
| (23) 褥瘡の有無           | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (部位: )   | (24) 皮膚疾患   | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( )  |         |   |  |
| (25) 視力              | 眼鏡 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無   | <input type="checkbox"/> 新聞等の字が見える <input type="checkbox"/> 目の前の物が見える <input type="checkbox"/> ほとんど見えない <input type="checkbox"/> 判断不能 |   |         |   |  |
| (26) 聴力              | 補聴器 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無  | <input type="checkbox"/> 日常生活に支障なし <input type="checkbox"/> 大声なら聞こえる <input type="checkbox"/> ほとんど聞こえない <input type="checkbox"/> 判断不能 |   |         |   |  |
| (27) 意思の伝達           | <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 時々可 <input type="checkbox"/> ほとんど不可 <input type="checkbox"/> 不可  | (28) 言語障害   | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 不明   |         |   |  |
| (29) 認知症症状           | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 記憶障害 <input type="checkbox"/> 幻覚・妄想 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 暴言・暴力 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 抑鬱・不安 <input type="checkbox"/> 介護抵抗                  |   |   |         |   |  |
| (30) 睡眠の状態           | <input type="checkbox"/> 良眠 <input type="checkbox"/> 睡眠障害(状況: )  | (31) 眠剤   | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> 毎晩  |         |   |  |
| (32) 日常生活起居動作        | 起き上がり <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助   |   |   |         |   |  |
|                      | 立ち上がり <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助   |   |   |         |   |  |
|                      | 歩行 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 不可  |   |   |         |   |  |
|                      | 補助具 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> その他( )   |   |   |         |   |  |
|                      | 移動 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> 車椅子 自走 <input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 不可   |   |   |         |   |  |
| (33) 食事摂取方法          | <input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経管(方法: )  | 内容:   | 量:  | 所要時間: ) |   |  |
| (34) 食形態             | <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> 嚥下障害食 <input type="checkbox"/> ミキサー   | (35) 食事制限   | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( )  |         |   |  |
| (36) むせ・嚥下           | <input type="checkbox"/> 問題無 <input type="checkbox"/> 時々有 <input type="checkbox"/> 高頻度有  |   |   |         |   |  |
| (37) 水分ロミ            | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有  |   |   |         |   |  |
| (38) 食事動作            | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助  |   |   |         |   |  |
| (39) 食事支度            | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 不必要  |   |   |         |   |  |
| (40) 口腔環境            | <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> やや不良 <input type="checkbox"/> 不良 <input type="checkbox"/> 著しく不良  |   |   |         |   |  |
| (41) 義歯使用            | <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良 <input type="checkbox"/> 不使用  |   |   |         |   |  |
| (42) 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  |   |   |         |   |  |
|                      | 方法 <input type="checkbox"/> 歯ブラシ <input type="checkbox"/> うがい  |   |   |         |   |  |
| (43) 排尿能力            | <input type="checkbox"/> 自排尿 <input type="checkbox"/> 間欠導尿 <input type="checkbox"/> 留置カテーテル  |   |   |         |   |  |
| (44) 排泄場所            | <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> Pトイレ <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 夜間のみ  |   |   |         |   |  |
| (45) 排尿動作            | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助  |   |   |         |   |  |
| (46) 排便動作            | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助  |   |   |         |   |  |
| (47) 衣服の着脱           | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助  |   |   |         |   |  |
| (48) 入浴動作            | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助  |   |   |         |   |  |
| (49) 住宅整備            | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 手すり <input type="checkbox"/> 段差解消 <input type="checkbox"/> その他( )  |   |   |         |   |  |
| (50) 外出              | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 不可能  |   |   |         |   |  |
| (51) 金銭管理            | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 不可能  |   |   |         |   |  |
| (52) 電話対応            | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 不可能  |   |   |         |   |  |
| (53) 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 <input type="checkbox"/> 錠剤 <input type="checkbox"/> 散剤 <input type="checkbox"/> 液剤 <input type="checkbox"/> 貼付 <input type="checkbox"/> 点眼 <input type="checkbox"/> 一包化 |   |   |         |   |  |
| (54) 日常生活の具体的内容      |  |   |   |         |   |  |
| (55) バイタルサイン(特記)     |  |   |   |         |   |  |
| (56) 在宅で継続したいリハ活動    |  |   |   |         |   |  |
| (57) 介護上特に注意すべき点     |  |   |   |         |   |  |
| (58) 看取りに関する本人・家族の意向 |  |   |   |         |   |  |
| (59) 在宅での生活継続希望      | 本人 <input type="checkbox"/> 強く希望 <input type="checkbox"/> 出来れば希望 <input type="checkbox"/> どちらでもない <input type="checkbox"/> 不安  |   |   |         |   |  |
|                      | 家族 <input type="checkbox"/> 強く希望 <input type="checkbox"/> 出来れば希望 <input type="checkbox"/> どちらでもない(本人次第) <input type="checkbox"/> 不安  |   |   |         |   |  |
|                      | 特記事項   |   |   |         |   |  |
| (60) 在宅生活上の一番の課題     |  |   |   |         |   |  |

## (61) 本シートの記入者

|    |    |    |            |  |
|----|----|----|------------|--|
| 所属 | 担当 | 電話 | (62) ケアプラン | <input type="checkbox"/> 作成済 <input type="checkbox"/> 未済 |
|----|----|----|------------|--|