

医療介護多職種連携シート

性 別 男 ・ 女		本人 状態	安定期 → 増悪期 → 入院期 ← 退院期 ← 急性期 ←		会議出席者(所属・職種と氏名を記入してください。)									
生年月日 年 月														
介護度 未申請 ・ 区分変更中 ・ 新規申請中 ・ 非該当 要支援 1 ・ 2 要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5														
家族構成(ジェノグラム)			世帯の状況について ☐ 独居 ☐ 老人世帯 ☐ 施設 特記事項(施設名等)											
本人○ 死亡者× ()に年齢 例:(◎81) 男 □ 女 ○ 同居者は線で囲む ★ キーパーソン														
在宅介護生活状況	居宅介護支援事業所													
	担当介護支援専門員													
	1) 居宅サービス		月	火	水	木	金	土	日					
	通所介護													
	訪問介護													
	訪問看護													
	2) 他介護保険サービス													
短期入所														
3) 福祉用具貸与														
4) インフォーマルサービス														
5) その他														
分類	評価項目		評価尺度					評価点						
身体面	1) 寝返り		5	4	3	2	1							
	2) 起き上がり		できる	おおむねできる	支援があればできる	一部介助があればできる	全介助を要する							
	3) 座位保持													
	4) 立ち上がり													
	5) 移乗動作													
	6) 歩行・移動(屋内・屋外)													
生活面	1) 入浴													
	2) 掃除													
	3) 洗濯													
	4) 調理													
	5) 外出(通院・買い物)													
	6) 金銭管理													
健康面	1) 食事													
	2) 排泄													
	3) 更衣													
	4) 薬管理													
	5) 口腔ケア													
精神認知面	1) 見当識(場所がわからない)		問題がない	疑いがある	ある(頻度低い)	ある(頻度高い)	常態化している							
	2) 記憶(時系列がわからない)													
	3) 精神状態(被害妄想、幻覚等)													
	4) 徘徊													
	5) 判断力・意思決定													
	6) 対人トラブル													
	7) 社会参加													
食事	1) 摂取方法		☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助											
	2) 食事形態	主 食					副 食							
	3) 水分摂取状況	問題	☐ あり ☐ なし											
	4) 嗜好/禁忌食品													

医療情報	かかりつけ医医療機関				
	担 当 医 師				
	主病名				
	合併症				
	薬物アレルギー				
感染症等					
*処方内容(持参薬)または特別な医療(IVH、胃瘻等)					
身体情報	1) 麻痺	有・無	部位		
	2) 筋力低下	有・無	部位		
	3) 関節の拘縮	有・無	部位		
	4) 慢性疼痛	有・無	部位		
	5) 視力障害	有・無	生活支障	有・無	
	6) 聴覚障害	有・無	生活支障	有・無	
	7) 言語障害	有・無	生活支障	有・無	
	8) 嚥下障害	有・無	生活支障	有・無	
	9) 皮膚疾患	有・無	部位		
	10) 褥瘡	有・無	部位		
*身体計測日 年 月		有・無	cm	体 重	kg
精神及び心の情報	1) 認知症	有・無	病名		
	① 周辺状況	有・無	② HDS-R	点	
	2) 不眠症	有・無			
	3) 高次脳機能障害	有・無			
	4) 意識障害	有・無			
	6) 精神障害	有・無	うつ病・統合失調症・その他		
	7) 社会生活障害	有・無	人格障害・孤独感・ひきこもり・自閉		
	8)その他				
リハビリ	担当医療機関名		担当者名(OP, PT等)		
	1) 機能訓練				
	2) 物理療法				
	3) 装具等				
リハビリの課題					
歯科情報	かかりつけ歯科医療機関名		担当歯科医師名		
	1) 歯科口腔疾患	有・無			
	2) 義歯の有無	有・無			
	3) 定期診察の必要性	有・無			
口腔ケアの課題					
薬剤情報	かかりつけ薬局名		担当薬剤師名		
	1) 薬の管理	☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助			
	2) 服薬状況(残薬確認)				
	3) 家族の協力	有・無	4) 他院処方	有・無	
服薬の課題					
今後の方針	在宅療養あんしん病床登録 ☐ 有 ☐ 無				
	延命処置について ☐ 希望する ☐ 希望しない ※急変時、希望する以下の対応にレ点を付けてください。				
	・心臓マッサージ ☐ 有 ☐ 無		・気管内挿管 ☐ 有 ☐ 無		
	・除作動(電気ショック) ☐ 有 ☐ 無		・人工呼吸 ☐ 有 ☐ 無		
	・蘇生に関わる薬剤の投与 ☐ 有 ☐ 無 (人工呼吸器の装着・バッグアンドマスクなど)				
介護面の課題等	通所介護 通所リハ				
	訪問介護				
	短期入所				