**多職種連携シート**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 在宅医療機関名 |  | 記入日 | 令和　年　　月　日 |
| 紹介元病院名 |  | 担当医 |  | 通院 | [ ] 有　[ ] 無 |
| しめい氏名 |  | 生年月日 | [ ] 明　[ ] 大　[ ] 昭　[ ] 西暦 | 性別 | [ ] 男[ ] 女 |
|  | 年　月　日 | 年齢 | 歳 |
| 住所 |  | TEL |  |
| 緊急連絡先 | 氏名 |  | TEL |  |
| 住所 |  | 続柄 |  |
| 備考 |  |
| 主病名 |  | 感染症 | [ ] 無　　[ ] 有 |
| 既往歴 |  |  |
| 現病歴 |  | 悪性なら転移の有無 | [ ] 無　　[ ] 有 |
|  |
| 依頼内容 |  |
| 今後予想される病状 |  |
| 予後告知 | 患者 | [ ] 無　　[ ] 有説明内容（　　　　　　　　　　　　　） | 家族 | [ ] 無　　[ ] 有説明内容（　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 現在の治療 | 栄養管理 | [ ] 経口　[ ] 胃瘻　[ ] 経鼻　[ ] IVH　 | 在宅酸素 | [ ] 無　　[ ] 有 | L/分 |
| 薬剤 |  |
| 注射/輸液 | [ ] 無　　[ ] 有 | 呼吸器 | [ ] 無　　[ ] 有 |
| 服薬管理 | [ ] 自己管理　[ ] 家族管理　[ ] その他（　　　　　　　　） |
| [ ] 一包化（日付　[ ] 有　[ ] 無）　[ ] 麻薬　　[ ] お薬カレンダー |
| 患者・家族への説明 |  |
| 異常検査値 |  | バックベッド | [ ] 無　　[ ] 有 |
| 本人の状況 | [ ] 在宅　[ ] 入院中 | 退院予定日　　　年　　月　日 |
| 日常生活自立度 | 障害 ：[ ] 正常　[ ] J1　[ ] J2　 [ ] A1　 [ ] A2　 [ ] B1　 [ ] B2　[ ] C1 [ ] C2 |
| 認知症：[ ] 正常　[ ] Ⅰ　[ ] Ⅱa　[ ] Ⅱb　[ ] Ⅲa　[ ] Ⅲb　[ ] Ⅳ　[ ] Ⅿ  |
| 介護認定 | [ ] 非該当 [ ] 支1 [ ] 支2 [ ] 介1　[ ] 介2　[ ] 介3　[ ] 介4　[ ] 介5 [ ] 事業対象者　[ ] 申請中 |
| 経済状況 | [ ] 国民年金 [ ] 厚生年金 [ ] 障害年金 [ ] 生活保護 | 備考 |  |
| 家族環境 | [ ] 独居　 [ ] 同居 | 同居者 | [ ] 配偶者 [ ] 子 [ ] 孫　[ ] 祖父母 [ ] その他 |
| 日中独居 | [ ] 無　　[ ] 有 | 特記事項 |  |
| 認知症 | [ ] 無　　[ ] 有 |  |
| 生活状況 | 状態 | [ ] ほぼ臥床 [ ] 離床可 [ ] 座位可 | 寝床 | [ ] 床敷き　 [ ] ベッド　 [ ] 介護ベッド |
| 排泄 | [ ] 自立 　[ ] ﾎﾟｰﾀﾌﾞﾙ　 [ ] おむつ　[ ] バルーン　[ ] ストーマ |
| 食事 | [ ] 自立　　 [ ] 要介助 （介助者→　　　　　　　　　　 　　　 ） |
| 口腔 | [ ] 口腔内の異常 （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ） |
| 生活状況 | 特記事項 |
| 医療介護関係機関一覧 | 名称 | 医療分野 | 介護分野 |
|  | 選択 | 選択 |
|  | 選択 | 選択 |
|  | 選択 | 選択 |
|  | 選択 | 選択 |
|  | 選択 | 選択 |
|  | 選択 | 選択 |
|  | 選択 | 選択 |
|  | 選択 | 選択 |
| 非公的サービス |  |
| サービス状況 | 特記事項 |
| 特記事項 |

作成者：