**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：