

日立市版多職種連絡票 活用マニュアル

～ 高齢者を切れ目なく支援するためのツール活用法 ～

2019年4月

在宅医療・介護連携推進協議会

***** 目 次 *****

日上市版多職種連絡票の概要

日上市版多職種連絡票について	P 2
日上市版多職種連絡票一覧	P 3
日上市版多職種連絡票の活用（フロー図）	P 4

日上市版多職種連絡票（記入例とポイント）

医師とケアマネジャーのための事務連絡票	P 5
歯科医師とケアマネジャーのための事務連絡票	P 6
訪問薬剤管理指導を利用したい場合の依頼書	P 7
訪問看護師による訪問指導を依頼したい場合の依頼書	P 8
入院時情報提供書	P 9
退院・退所情報記録書	P11
診療情報提供書	P12
診療情報提供書の依頼書	P13
訪問歯科診療申込書	P14
多職種連絡票	P15

日上市版多職種連絡票（様式集）

医師とケアマネジャーのための事務連絡票	P18
歯科医師とケアマネジャーのための事務連絡票	P19
訪問薬剤管理指導を利用したい場合の依頼書	P20
訪問看護師による訪問指導を依頼したい場合の依頼書	P21
入院時情報提供書	P22
退院・退所情報記録書	P24
診療情報提供書	P25
診療情報提供書の依頼書	P26
訪問歯科診療申込書	P27
多職種連絡票	P28

日上市版多職種連絡票について

【日上市版多職種連絡票とは？】

日上市版多職種連絡票は、医療や介護を必要とする高齢者の在宅療養生活を支援していくための必要な情報等について、医療・介護関係者が共有するためのツール（共通様式）です。

今後、3人に1人が高齢者となる超高齢社会を迎える中、医療と介護の両方を必要とする高齢者数の増加も見込まれており、高齢者に係る医療・介護関係者の情報共有は、ますます重要になってきます。

本連絡票は、高齢者を切れ目なく支援していくための一助として、医療・介護の現場において活用を図っていくことを目的としています。

※ 本連絡票は、連携のためのツール（手段）の一つです。すでに事業者等で活用している様式等の使用を妨げるものではありません。

【連携に当たってのルール・エチケット】

■ 個人情報を取り扱う際には、必ず、ご本人・ご家族等の同意を得てから活用願います。

■ 連絡票の活用にあたっては、先方に対して、事前に電話連絡を入れ、了解を得てから送付します。

※ 面識もなく、いきなりFAXで返信を求めるような相談は控え、連絡票を挨拶状として活用したり、電話等で自分の氏名・事業所等をしっかり伝えたくて情報をやり取りしましょう。

■ 連絡票は、あくまで連携のためのツールです。用件は、連絡票だけで済ませられるわけではありません。文書のやり取りだけでなく、ケースバイケースで、最も適切な手段を選ぶ（あるいは組み合わせる）ことが大切です。

■ 文書をFAX等でやり取りする際には個人情報保護の観点から十分な配慮が必要です。

※ FAXを送信する際には、万が一に備え、氏名の一部を消したり、事前に先方に電話をしたうえで、個人情報を明記せず送信したりするなどの工夫が必要です。重要な情報については、直接会って伝えたり、電話で伝えたりするなどの配慮をお願いします。

■ 先方から何かしらの返信が必要な場合は、必ず、その旨を記載してください。

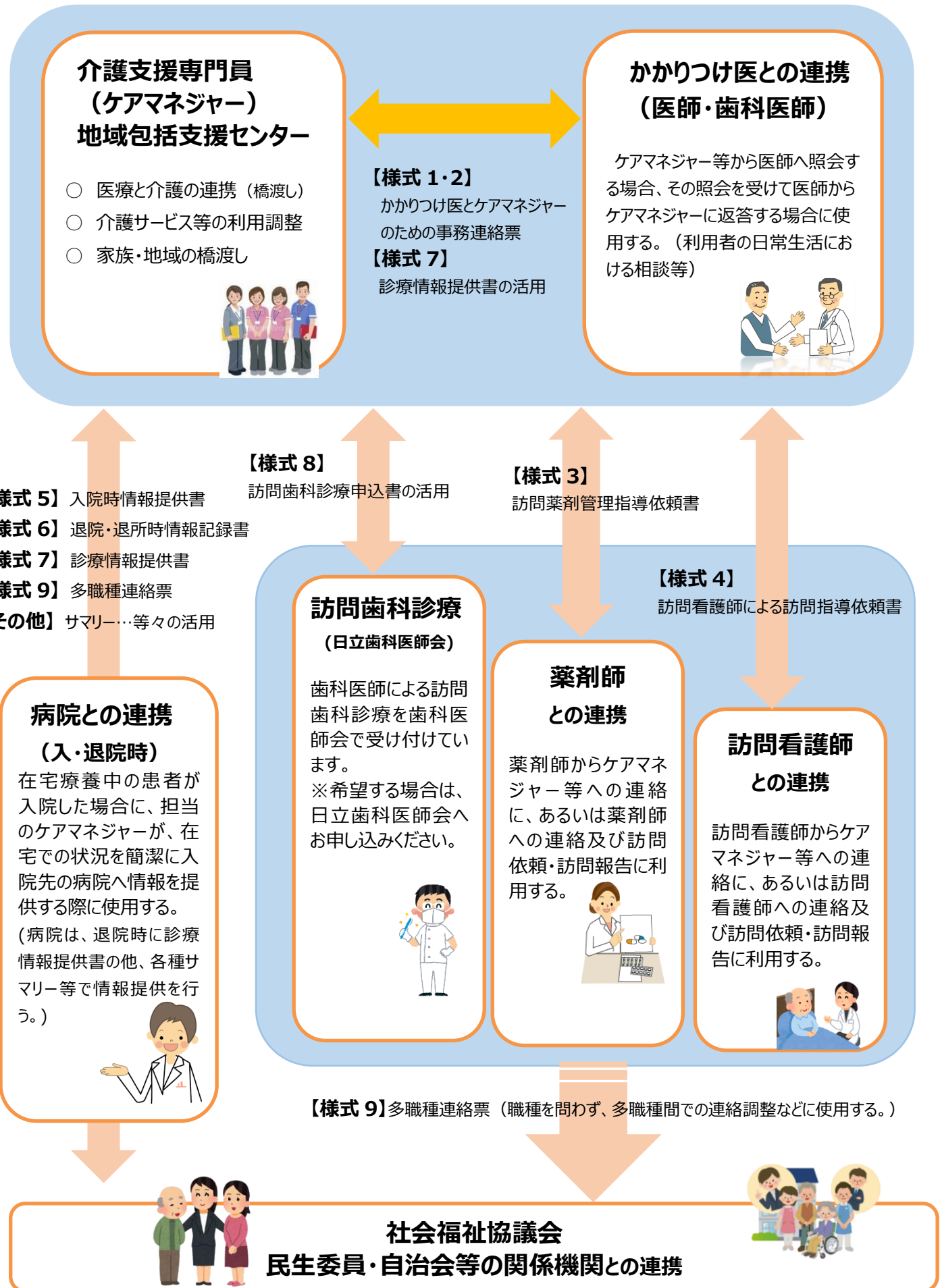
日上市版多職種連絡票一覧

区分	主な使い方	様式
医師とケアマネジャーのための事務連絡票	医師とケアマネジャーの事務連絡時に活用	様式 1 (P5)
歯科医師とケアマネジャーのための事務連絡票	歯科医師とケアマネジャーの事務連絡時に活用	様式 2 (P6)
訪問薬剤管理指導依頼書	薬剤師による在宅療養者への訪問薬剤管理指導依頼時に活用	様式 3 (P7)
訪問看護師による訪問指導依頼書	訪問看護師による在宅療養者への訪問指導依頼時に活用	様式 4 (P8)
入院時情報提供書	在宅療養中の患者が入院した場合に、ケアマネジャーが、在宅での状況を簡潔に入院先の病院へ情報を提供時に活用	様式 5 (P9・10)
退院・退所情報記録書	退院・退所後のケアマネジメント	様式 6 (P11)
診療情報提供書の活用	主治医からの診療情報提供時に活用	様式 7 (P12)
診療情報提供書作成依頼文	※依頼時に質問事項等記入	(P13)
訪問歯科診療申込書	歯科医師の訪問歯科診療依頼時に活用	様式 8 (P14)
多職種連絡票	職種を問わず、連絡調整などに活用	様式 9 (P15)

※ 本連絡票は、連携のためのツール（手段）の一つです。すでに事業者等で活用している様式等の使用を妨げるものではありません。

※ 各様式は、日上市高齢福祉課のホームページからもダウンロード可能です。
(事業者の方へ>福祉・介護>高齢福祉>日上市版多職種連絡票の活用)

日立市版多職種連絡票の活用（フロー図）



医師とケアマネジャーのための事務連絡票（記入例とポイント）

連携のための一つのツール（手段）です。上手に活用して連携を図りましょう。

【様式1】

医師とケアマネジャーのための事務連絡票

FAX番号	(送付先の記載例) 「〇〇病院〇〇科 南方 JIN先生 御机下」など	FAX番号	0294-23-11××
医療機関名		事業所名	×××居宅介護支援事業所
医師氏名		担当者名	日立 花子 様
電話番号		電話番号	0294-23-22××
E-mail		E-mail	

(フリガナ)	ヤマダ オミ	(生年月日)	
利用者名	山田 〇美 (男・☒)	M・T・S	15年 4月 2日 (78 歳)

送 信	<input type="checkbox"/> 主治医より <input type="checkbox"/> ご相談がありますので 月 日 時頃にお電話をください。 <input type="checkbox"/> 当該ご利用者様のケアプランを 郵送 ・ 持参 してください。 <input type="checkbox"/> その他
	<input checked="" type="checkbox"/> 担当ケアマネジャーより <input checked="" type="checkbox"/> 当該利用者の担当ケアマネジャーです。よろしくお願いいたします。(ご挨拶) <input type="checkbox"/> ケアプランを作成するにあたり病状やご意見などをお伺いしたいので、ご都合の良い連絡方法、日時をお知らせください。 <input type="checkbox"/> ケアカンファレンスを開催したいので、ご都合等をお知らせください。 日時： 月 日 時から 時まで 場所： <input type="checkbox"/> その他 4月より、山田〇美様のケアマネジャーとして担当を開始しました、〇〇です。今後、ご本人の在宅生活支援にむけて、いろいろとご相談することがあるかと思いますが、ご支援の程よろしくお願いたします。」
(返信希望の有無) <input type="checkbox"/> 返信願います <input checked="" type="checkbox"/> 返信不要です	

返 信	<input type="checkbox"/> 主治医より <input type="checkbox"/> 了解しました。今後ともよろしくお願いいたします。 (直接お会いします ・ お電話をください) 月 日 時頃・診療時間中いつでも可 <input type="checkbox"/> E-mailで、(連絡します。 ・ 連絡ください。) <input type="checkbox"/> 直接お会いする際、可能であれば、本人と家族の方の同席を希望します。 <input type="checkbox"/> ケアカンファレンスは(出席します。 ・ 欠席します。 → 別の日程の検討を希望します。) <input type="checkbox"/> その他
	<input type="checkbox"/> 担当ケアマネジャーより

- ・ ケアマネジャーとして担当になった際の挨拶時や利用者の状況報告等の際などに活用しましょう。
- ・ 聞きたいこと、確認したいことがある場合には簡潔に記しましょう。

歯科医師とケアマネジャーのための事務連絡票（記入例とポイント）

連携のための一つのツール（手段）です。上手に活用して連携を図りましょう。

【様式2】

歯科医師とケアマネジャーのための事務連絡票

FAX番号	(送付先の記載例) 「〇〇歯科医院 南方 JIN先生 御机下」など	FAX番号	0294-23-11××
医療機関名		事業所名	×××居宅介護支援事業所
医師氏名		担当者名	日立 花子 様
電話番号		電話番号	0294-23-22××
E-mail		E-mail	

(フリガナ)	ヤマダ オミ	(生年月日)	
利用者名	山田 〇美 (男・ <input checked="" type="checkbox"/>)	M・T・S	〇〇 4月 2日 (〇〇 歳)

送 信	<input type="checkbox"/> 主治医より <input type="checkbox"/> ご相談がありますので 月 日 時頃にお電話をください。 <input type="checkbox"/> 当該ご利用者様のケアプランを 郵送・持参 してください。 <input type="checkbox"/> その他
	<input checked="" type="checkbox"/> 担当ケアマネジャーより <input checked="" type="checkbox"/> 当該利用者の担当ケアマネジャーです。よろしくお願いたします。(ご挨拶) <input type="checkbox"/> ケアプランを作成するにあたり病状やご意見などをお伺いしたいので、ご都合の良い連絡方法、日時をお知らせください。 <input type="checkbox"/> ケアカンファレンスを開催したいので、ご都合等をお知らせください。 日時： 月 日 時から 時まで 場所： <input type="checkbox"/> その他 4月より、山田〇美様のケアマネジャーとして担当を開始しました。〇〇です。今後、ご本人の在宅生活支援において、いろいろとご相談することがあるかと思いますが、ご支援の程よろしくお願いたします。
	(返信希望の有無) <input type="checkbox"/> 返信願います <input checked="" type="checkbox"/> 返信不要です

返 信	<input type="checkbox"/> 主治医より <input type="checkbox"/> 了解しました。今後ともよろしくお願いたします。 (直接お会いします・お電話をください) 月 日 時頃・診療時間中いつでも可 <input type="checkbox"/> E-mailで、(連絡します。・連絡ください。) <input type="checkbox"/> 直接お会いする際、可能であれば、本人と家族の方の同席を希望します。 <input type="checkbox"/> ケアカンファレンスは(出席します。・欠席します。→別の日程の検討を希望します。) <input type="checkbox"/> その他
	<input type="checkbox"/> 担当ケアマネジャーより

【ポイント】

- ・ ケアマネジャーとして担当になった際の挨拶時や利用者の状況報告等の際などに活用しましょう。
- ・ 聞きたいこと、確認したいことがある場合には簡潔に記しましょう。

訪問薬剤管理指導を利用したい場合の依頼書

薬剤師による在宅療養者への訪問薬剤管理指導を依頼したい場合の依頼書です。

【様式3】

訪問薬剤管理指導依頼書

年 月 日

(薬剤師)		(依頼者)	
薬局名	〇〇〇薬局	事業所	××××居宅介護支援事業所
所在地	日立市助川町	所在地	日立市××町
TEL	0294-00-1234 Fax 0294-00-1235	TEL	0294-00-9234 Fax 0294-00-9235
薬剤師氏名	日立 太郎 様	氏名	助川 花子(担当ケアマネジャー)

利用者の情報

本 人	ふりがな	ヤマダ オミ	生年月日	M・T・S 15年 4月 2日 (〇〇 歳)
	氏名	山田 〇美 (男・ <input checked="" type="checkbox"/> 女)		
	住所	日立市×××町1-2-3	TEL	0294-33-3333
	介護度	<input type="checkbox"/> 申請中 要支援 <input type="checkbox"/> 1・ <input checked="" type="checkbox"/> 2 要介護 <input type="checkbox"/> 1・ <input type="checkbox"/> 2・ <input type="checkbox"/> 3・ <input type="checkbox"/> 4・ <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 総合事業対象者※		
	認定期間	〇〇年 12月 1日 ~ 〇〇年 11月 30日		
介 護 者	氏名	山田 〇男 (続柄:夫) 同居	氏名	山田 太郎 (続柄:長男) 別居
	住所	同上 TEL 同上	住所	水戸市〇〇町4-5-6 TEL 029-222-4321
依 頼 内 容	<input checked="" type="checkbox"/> 処方内容の理解不足している。服薬指導が必要 <input checked="" type="checkbox"/> 飲み忘れの対処の検討(一包化、剤形の要検討)が必要 <input type="checkbox"/> 薬剤によるADL低下の可能性あり。副作用、重複、相互作用チェックが必要 <input type="checkbox"/> 退院時カンファレンスが必要 <input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導が必要 <input type="checkbox"/> その他 ()			
	主治医の薬剤師訪問指示の有無 (<input checked="" type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし)			
	主な病名	×××		
	主治医	×××クリニック TEL		
既 往 歴	<input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 喘息 <input checked="" type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 低血圧 <input type="checkbox"/> 脳卒中 <input type="checkbox"/> 肺炎 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 骨折等(部位) <input type="checkbox"/> パーキンソン症候群 <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> その他 ()			
	<input type="checkbox"/> 問題なし <input checked="" type="checkbox"/> いくらか困難 <input type="checkbox"/> 判断できない <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 指示・理解 <input type="checkbox"/> 良好 <input checked="" type="checkbox"/> やや不良 <input type="checkbox"/> 不良 <input type="checkbox"/> ADL <input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 手指の機能 <input type="checkbox"/> 良好 <input checked="" type="checkbox"/> やや不良 <input type="checkbox"/> 不良 <input type="checkbox"/> 視力 <input type="checkbox"/> 普通 <input checked="" type="checkbox"/> 見えづらい <input type="checkbox"/> 見えない <input type="checkbox"/> 眼鏡使用 <input type="checkbox"/> 聴力 <input type="checkbox"/> 普通 <input checked="" type="checkbox"/> 聞こえづらい <input type="checkbox"/> 聞こえない <input checked="" type="checkbox"/> 補聴器使用 <input checked="" type="checkbox"/> 嚥下障害 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(<input type="checkbox"/> 経口・ <input type="checkbox"/> 経管(鼻腔・胃)・ <input type="checkbox"/> TPN) <input checked="" type="checkbox"/> 義歯装着 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(問題点:) <input checked="" type="checkbox"/> 薬剤管理 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他() <input checked="" type="checkbox"/> 服用方法 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他()			
家族・生活状況に関する情報、考慮していただきたい内容等 耳元で話す必要があります。				

※ 総合事業とは、平成27年度から新たに開始された市町村事業(地域支援事業)をいう。

【ポイント】

- ・ 訪問薬剤管理指導は、すべての薬局(薬剤師)が対応可能とは限りませんので、必ず、事前に電話等で確認しましょう。

訪問看護師による訪問指導を依頼したい場合の依頼書

訪問看護師による在宅療養者への訪問指導を依頼したい場合の依頼書です。

【様式4】

訪問看護師による訪問指導依頼書

年 月 日

(訪問看護師)		(依頼者)	
事業所名	×××訪問看護事業所	事業所名	××××居宅介護支援事業所
所在地		所在地	日立市××町
Tel	Fax	Tel	0294-00-9234 Fax 0294-00-9235
氏名		氏名	助川 花子(担当ケアマネジャー)

利用者の情報

本人	ふりがな	ヤマダ ○ミ	生年月日	M・T・S 15年 4月 2日 (○○歳)
	氏名	山田 ○美 (男・ <input checked="" type="checkbox"/> 女)		
	住所	日立市×××町1-2-3	Tel	0294-33-3333
	介護度	<input type="checkbox"/> 申請中 要支援 <input type="checkbox"/> 1・ <input type="checkbox"/> 2 要介護 <input type="checkbox"/> 1・ <input type="checkbox"/> 2・ <input checked="" type="checkbox"/> 3・ <input type="checkbox"/> 4・ <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 総合事業対象者※		
	認定期間	○○年 12月 1日 ~ ○○年 11月 30日		
介護者	氏名	山田 ○男 (続柄:夫)	<input checked="" type="checkbox"/> 同居・ <input type="checkbox"/> 別居	
	住所	日立市×××町1-2-3	Tel	0294-33-3333
依頼内容	<input type="checkbox"/> かかりつけ医の指示に基づく医療処置在、宅酸素、人工呼吸器などの管理 <input type="checkbox"/> 身体の清拭、洗髪、入浴介助、食事や排泄などの介助方法・指導のほか、さまざまな相談対応 <input type="checkbox"/> 病気や障害の状態、血圧・体温・脈拍などのチェック <input checked="" type="checkbox"/> 床ずれ防止の工夫や指導、床ずれの手当て <input type="checkbox"/> 拘縮予防や機能の回復、嚥下機能訓練等 <input type="checkbox"/> ご家族等への介護支援・相談(事故防止など、認知症介護の相談・工夫をアドバイス) <input type="checkbox"/> ターミナルケア(がん末期や終末期などでも、自宅で過ごせるよう適切なお手伝い) <input type="checkbox"/> その他()			
	認知及び意思決定	<input type="checkbox"/> 問題なし <input checked="" type="checkbox"/> いくらか困難 <input type="checkbox"/> 判断できない <input type="checkbox"/> 不明		
	指示・理解	<input type="checkbox"/> 良好 <input checked="" type="checkbox"/> やや不良 <input type="checkbox"/> 不良		
	ADL	<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		
	手指の機能	<input checked="" type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> やや不良 <input type="checkbox"/> 不良		
	視力	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 見えづらい <input type="checkbox"/> 見えない <input type="checkbox"/> 眼鏡使用		
	聴力	<input type="checkbox"/> 普通 <input checked="" type="checkbox"/> 聞こえづらい <input type="checkbox"/> 聞こえない <input type="checkbox"/> 補聴器使用		
	嚥下障害	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(<input type="checkbox"/> 経口・ <input type="checkbox"/> 経管(鼻腔・胃)・ <input type="checkbox"/> TPN)		
	義歯装着	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(問題点:)		
	薬剤管理	<input type="checkbox"/> 本人 <input checked="" type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他()		
服用方法	<input type="checkbox"/> 本人 <input checked="" type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他()			
主治医の訪問看護指示の有無 (<input checked="" type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし)				
主な病名	大腿骨骨折 術後			
既往歴	<input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 低血圧 <input type="checkbox"/> 脳卒中 <input type="checkbox"/> 肺炎 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 骨折等(部位) <input type="checkbox"/> パーキンソン症候群 <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> その他()			
主治医	×××クリニック Tel			

【ポイント】

- ・ 事前に電話等で概要を伝えたくて送付しましょう。

入院時情報提供書（記入例とポイント）

ケアマネジャーが利用者の情報を医療機関に提供する際に活用します。

（表面）

【様式5】

入院時情報提供書		記入日: 年 月 日
医療機関 ← 居宅介護支援事業所		入院日: 年 月 日
医療機関名: ××××総合病院		情報提供日: 年 月 日
ご担当者名: 消化器外科 鈴木 △△子 様		
事業所名: ××××居宅介護支援事業所		
ケアマネジャー氏名: 助川 花子		
TEL: 0294-00-9234 FAX: 0294-00-9235		
利用者(患者)/家族の同意に基づき、利用者情報(身体・生活機能など)の情報を送付します。是非ご活用下さい。		
1. 利用者(患者)基本情報について		
患者氏名	(フリガナ) ○タ ○コ ○田 ○子	年齢 ○〇才 生年月日 明・大(昭) 5年 4月 2日生
住所	〒316-0000 日立市×××町5-4-3	電話番号 0294-33-3333
住環境	住居の種類 (戸建・集合住宅) 階建て 居室 階 エレベーター (有・無) 特記事項 ()	
入院時の要介護度	<input type="checkbox"/> 要支援 () <input checked="" type="checkbox"/> 要介護 (1) 有効期間: ○〇年 12月 1日 ~ ○〇年 11月 30日 <input type="checkbox"/> 申請中(申請日 /) <input type="checkbox"/> 区分変更(申請日 /) <input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 事業対象者	
障害高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input checked="" type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2 <input checked="" type="checkbox"/> 医師の判断	
認知症高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input checked="" type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> ケアマネジャーの判断	
介護保険の自己負担割合	<input checked="" type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 不明	障害など認定 <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (身体・精神・知的)
年金などの種類	国民年金	
2. 家族構成/連絡先について		
世帯構成	<input type="checkbox"/> 独居 <input checked="" type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> 子と同居 <input type="checkbox"/> その他 () * <input type="checkbox"/> 日中独居	
主介護者氏名	○田 ○男 (続柄 夫・80才)	(同居・別居) TEL 0294-33-3333
キーパーソン (緊急連絡先)	① ○田 太郎 (続柄 長男・56才) (同居 別居)	連絡先 090-555-5555 TEL 自宅 029-222-4321
	② ○田 一子 (続柄 長男の妻・50才) (同居 別居)	連絡先 090-666-666 TEL 同上
3. 本人/家族の意向について		
本人の趣味・興味・関心領域等	元気な時は、山登りが趣味で、夫や仲間と出かける機会が多かった。現在も、山登り仲間が見舞いに来ており、山の話をするのが楽しんでいる。	
本人の生活歴	埼玉県生まれ。結婚により日立市に転入。○○製作所に勤め定年(60歳)まで勤めた。	
入院前の本人の生活に対する意向	夫に負担をかけないよう生活したい <input type="checkbox"/> 同封の居宅サービス計画(1)参照	
入院前の家族の生活に対する意向	歩行が不安定になっているので転倒しないで生活できるようにしたい <input type="checkbox"/> 同封の居宅サービス計画(1)参照	
4. 入院前の介護サービスの利用状況について		
入院前の介護サービスの利用状況	同封の書類をご確認ください。 <input checked="" type="checkbox"/> 居宅サービス計画書1.2.3表 <input type="checkbox"/> その他 ()	
5. 今後の在宅生活の展望について (ケアマネジャーとしての意見)		
在宅生活に必要な要件	福祉用具、住宅改修(手すり設置)、リハビリ、介護者支援等	
退院後の世帯状況	<input type="checkbox"/> 独居 <input checked="" type="checkbox"/> 高齢世帯 <input type="checkbox"/> 子と同居 (家族構成員数 名) * <input type="checkbox"/> 日中独居 <input type="checkbox"/> その他 ()	
世帯に対する配慮	<input type="checkbox"/> 不要 <input checked="" type="checkbox"/> 必要 (主介護者の夫も80歳と高齢で介護負担が大きくなっている。介護負担を軽減する必要がある。)	
退院後の主介護者	<input checked="" type="checkbox"/> 本シート2に同じ <input type="checkbox"/> 左記以外 (氏名 続柄 年齢)	
介護力*	<input checked="" type="checkbox"/> 介護力が見込める (<input type="checkbox"/> 十分 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 一部) <input type="checkbox"/> 介護力は見込めない <input type="checkbox"/> 家族や支援者はいない	
家族や同居者等による虐待の疑い*	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	
特記事項		
6. カンファレンス等について (ケアマネジャーからの希望)		
「院内の多職種カンファレンス」への参加	<input checked="" type="checkbox"/> 希望あり	
「退院前カンファレンス」への参加	<input checked="" type="checkbox"/> 希望あり ・具体的な要望 (退院後のリハビリについて)	
「退院前訪問指導」を実施する場合の同行	<input checked="" type="checkbox"/> 希望あり	

* = 診療報酬 退院支援加算 1. 2「退院困難な患者の要因」に関連

【様式5】（裏面）

7. 身体・生活機能の状況/療養生活上の課題について										
麻痺の状況		<input checked="" type="checkbox"/> なし	軽度	中度	重度	褥瘡の有無	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()			
A D L	移動	自立	見守り	<input checked="" type="checkbox"/> 一部介助	全介助	移動(室内)	<input type="checkbox"/> 杖 <input checked="" type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他			
	移乗	自立	<input checked="" type="checkbox"/> 見守り	一部介助	全介助	移動(屋外)	<input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input checked="" type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他			
	更衣	自立	見守り	<input checked="" type="checkbox"/> 一部介助	全介助	起居動作	自立	見守り	<input checked="" type="checkbox"/> 一部介助	全介助
	整容	<input checked="" type="checkbox"/> 自立	見守り	一部介助	全介助					
	入浴	自立	見守り	<input checked="" type="checkbox"/> 一部介助	全介助					
食事	<input checked="" type="checkbox"/> 自立	見守り	一部介助	全介助						
食事内容	食事回数	(3) 回/日 (朝 7 時頃 ・ 昼 12 時頃 ・ 夜 6 時頃)				食事制限	<input type="checkbox"/> あり () <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明			
	食事形態	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> きざみ <input type="checkbox"/> 嚥下障害食 <input type="checkbox"/> ミキサー				UDF等の食形態区分				
	摂取方法	<input checked="" type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経管栄養		水分とろみ	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	水分制限	<input type="checkbox"/> あり () <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明			
口腔	嚥下機能	<input checked="" type="checkbox"/> むせたり	時々むせる	常にむせる	義歯	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり(部分・ <input checked="" type="checkbox"/> 総)				
	口腔清潔	<input checked="" type="checkbox"/> 良	不良	著しく不良	口臭	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり				
排泄*	排尿	自立	見守り	<input checked="" type="checkbox"/> 一部介助	全介助	ポータブルトイレ	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> 夜間 <input type="checkbox"/> 常時			
	排便	自立	見守り	<input checked="" type="checkbox"/> 一部介助	全介助	オムツ/パッド	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 夜間 <input checked="" type="checkbox"/> 常時			
睡眠の状態	<input checked="" type="checkbox"/> 良	不良 ()		眠剤の使用	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり					
喫煙	<input checked="" type="checkbox"/> 無	有 _____本くらい/日		飲酒	<input checked="" type="checkbox"/> 無	有 _____合くらい/日あたり				
コミュニケーション能力	視力	<input checked="" type="checkbox"/> 問題なし	やや難あり	困難	眼鏡	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()				
	聴力	<input checked="" type="checkbox"/> 問題なし	やや難あり	困難	補聴器	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり				
	言語	<input checked="" type="checkbox"/> 問題なし	やや難あり	困難	コミュニケーションに関する特記事項： 意思疎通は可能ですが、耳元と大きな声で話す必要があります。					
	意思疎通	<input checked="" type="checkbox"/> 問題なし	やや難あり	困難						
精神面における療養上の問題	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 焦燥・不穏 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 暴力/攻撃性 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 危険行為 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> その他 ()									
疾患歴*	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 悪性腫瘍 <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 急性呼吸器感染症 <input type="checkbox"/> 脳血管障害 <input checked="" type="checkbox"/> 骨折 <input checked="" type="checkbox"/> その他 (骨粗しょう症)									
入院歴*	最近半年間での入院	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり (理由: 右上腕骨折 期間: ○○年 3月10日 ~ ○○年 6月15日) <input type="checkbox"/> 不明								
	入院頻度	<input type="checkbox"/> 頻度は高い/繰り返している <input checked="" type="checkbox"/> 頻度は低いが、これまでもある <input type="checkbox"/> 今回が初めて								
入院前に実施している医療処置*	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 経鼻栄養 <input type="checkbox"/> 経腸栄養 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 尿道カテーテル <input type="checkbox"/> 尿路ストーマ <input type="checkbox"/> 消化管ストーマ <input type="checkbox"/> 痛みコントロール <input type="checkbox"/> 排便コントロール <input type="checkbox"/> 自己注射 () <input type="checkbox"/> その他 ()									
8. お薬について ※必要に応じて、「お薬手帳(コピー)」を添付										
内服薬	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり ()				居宅療養管理指導	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (職種:)				
薬剤管理	<input checked="" type="checkbox"/> 自己管理 <input type="checkbox"/> 他者による管理 (・管理者: ・管理方法:)									
服薬状況	<input type="checkbox"/> 処方通り服用 <input type="checkbox"/> 時々飲み忘れ <input checked="" type="checkbox"/> 飲み忘れが多い、処方が守られていない <input type="checkbox"/> 服薬拒否									
お薬に関する、特記事項	自己管理しているが、飲み忘れが多い。本人は、飲まなくてもよいと感じている。									
9. かかりつけ医について										
かかりつけ医機関名	×××クリニック				電話番号	0294-55-5555				
医師名	(リカガ) ○キ ○タロウ ○木 ○太郎				診察方法・頻度	<input checked="" type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 訪問診療 ・頻度 = (1) 回 / 月				
* = 診療報酬 退院支援加算 1, 2「退院困難な患者の要因」に関連										

【ポイント】

- ・ 医療機関への情報提供に備え、常に利用者の状況を把握しておきましょう。
- ・ 医療機関との個人情報のやり取り等について、あらかじめご本人・ご家族等に同意を得ておきましょう。
- ・ 医療機関に情報を提供する場合には、医療機関の担当部署等に事前に情報のやり取りの方法や訪問のタイミング等について確認するなど、連絡調整を行いましょ。
- ・ かかりつけ医からの紹介でなく、緊急の入院になった場合には、その旨をかかりつけ医など関係者に連絡しましょう。

退院時・退所時情報記録書（記入例とポイント）

ケアマネジャーが医療機関から必要な情報を聞き取る際に活用します。

【様式6】

退院・退所情報記録書				記入日： 〇〇年 〇〇月 〇〇日
1. 基本情報・現在の状態 等				
属性	フリガナ 氏名	〇タ 〇コ 〇田 〇子 様	性別 男・女	年齢 〇〇歳
入院(所)概要	入院(所)日： 〇年 1月9日	退院(所)予定日： 〇年 1月29日	退院(所)時の要介護度 (要区分変更) 要支援 () ・要介護 () <input checked="" type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> なし	
① 疾患と入院(所)中の状況	現在治療中の疾患	① 脳梗塞 ② 高血圧 ③ 骨粗鬆症		疾患の状況 *番号記入 安定() 不安定()
	移動手段	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 杖 <input checked="" type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他 ()		
	排泄方法	<input type="checkbox"/> トイレ <input checked="" type="checkbox"/> ポータブル <input checked="" type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> カテーテル・パウチ ()		
	入浴方法	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> 一般浴 <input type="checkbox"/> 機械浴 <input type="checkbox"/> 行わず		
	食事形態	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input checked="" type="checkbox"/> その他 (粥、きざみ)		UDF等の食事形態区分 2
	嚥下機能(むせ)	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり (時々・常に)		義歯 <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり (部分・総)
	口腔清潔	<input checked="" type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良 <input type="checkbox"/> 着しく不良		入院(所)中の使用： <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
	口腔ケア	<input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
	睡眠	<input checked="" type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良 ()		眠剤使用 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
	認知・精神	<input checked="" type="checkbox"/> 認知機能低下 <input type="checkbox"/> せん妄 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input checked="" type="checkbox"/> 焦燥・不穏 <input type="checkbox"/> 攻撃性 <input type="checkbox"/> その他 ()		
② 受け止め/意向	<本人> 病気、障害、後遺症等の受け止め方	本人への病名告知： <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 脳梗塞の再発で再入院に落ち込んでいる。		
	<本人> 退院後の生活に関する意向	早く家に帰りたい。甘いものが食べたい。などの要望は出ている。		
	<家族> 病気、障害、後遺症等の受け止め方	とにかく命が助かってよかった。		
	<家族> 退院後の生活に関する意向	家族として不安はあるが、本人の意向を尊重したいと思っており、介護等についても前向きである。		
2. 課題認識のための情報				
③ 退院後に必要な事柄	医療処置の内容	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 経鼻栄養 <input type="checkbox"/> 経腸栄養 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 尿道カテーテル <input type="checkbox"/> 尿路ストーマ <input type="checkbox"/> 消化管ストーマ <input type="checkbox"/> 痛みコントロール <input checked="" type="checkbox"/> 排便コントロール <input type="checkbox"/> 自己注射 () <input type="checkbox"/> その他 ()		
	看護の視点	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> 血圧 <input type="checkbox"/> 水分制限 <input type="checkbox"/> 食事制限 <input type="checkbox"/> 食形態 <input checked="" type="checkbox"/> 嚥下 <input checked="" type="checkbox"/> 口腔ケア <input type="checkbox"/> 清潔ケア <input type="checkbox"/> 血糖コントロール <input checked="" type="checkbox"/> 排泄 <input type="checkbox"/> 皮膚状態 <input type="checkbox"/> 睡眠 <input checked="" type="checkbox"/> 認知機能・精神面 <input checked="" type="checkbox"/> 服薬指導 <input checked="" type="checkbox"/> 療養上の指導 (食事・水分・睡眠・清潔ケア・排泄 などにおける指導) <input type="checkbox"/> ターミナル <input type="checkbox"/> その他 ()		
	リハビリの視点	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> 本人指導 <input checked="" type="checkbox"/> 家族指導 <input checked="" type="checkbox"/> 関節可動域練習 (ストレッチ含む) <input checked="" type="checkbox"/> 筋力増強練習 <input checked="" type="checkbox"/> バランス練習 <input checked="" type="checkbox"/> 麻痺・筋緊張改善練習 <input type="checkbox"/> 起居/立位等基本動作練習 <input type="checkbox"/> 摂食・嚥下訓練 <input checked="" type="checkbox"/> 言語訓練 <input checked="" type="checkbox"/> ADL練習 (歩行/入浴/トイレ動作/移乗等) <input checked="" type="checkbox"/> IADL練習 (買い物、調理等) <input checked="" type="checkbox"/> 疼痛管理 (痛みコントロール) <input checked="" type="checkbox"/> 更衣・装具・福祉用具等管理 <input type="checkbox"/> 運動耐容能練習 <input type="checkbox"/> 地域活動支援 <input checked="" type="checkbox"/> 社会参加支援 <input type="checkbox"/> 就労支援 <input type="checkbox"/> その他 ()		
	禁忌事項	(禁忌の有無) <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	(禁忌の内容/留意点)	
症状・病状の予後・予測	リハビリを続ければ、歩行やトイレ、コミュニケーション能力の改善を目指すことができる。再発リスクが高いため定期受診と薬の管理を正確に行う必要がある。			
退院に際しての日常生活の阻害要因 (心身状況・環境等)	別医療機関からの見立て・意見(今後の見直し、急変の可能性や今後、どんなことが起こりうるか(合併症)、良くなっていく又はゆっくり落ちていく方向なのか等) について、①疾患と入院中の状況、②本人・家族の受け止めや意向、③退院後に必要な事柄、④その他の観点から必要と思われる事項について記載する。 ①脳梗塞による麻痺、嚥下障害 ②再発と体の不自由さ、特に発語障害によるコミュニケーションの低下、意欲低下、ストレス ③住宅の玄関段差、スペースの狭さ ④日中独居になる日がある。			
在宅復帰のために整えなければならない要件				
回目	聞き取り日	情報提供を受けた職種 (氏名)		会議出席
1	〇〇年〇月〇日	病棟看護師 (〇〇)、MSW (〇〇)		無(有)
2	〇〇年〇月〇日	病棟看護師 (〇〇)、MSW (〇〇)、リハ職 (〇〇)、管理栄養士 (〇〇)		無(有)

【ポイント】

- 退院前のカンファレンスや主治医等からの情報を聴きとる際に活用しましょう。
- 記載項目以外に必要な情報がある場合には、どのような情報が必要なのかを整理して、あらかじめ医療機関に伝えておきましょう。

診療情報提供書

主治医から診療情報の提供を受ける際のツールです。

【様式 7】

1 枚目 (医療機関保存用)

診療情報提供書

医療機関の住所地及び名称

殿

TEL
医師

患者名	山田 ○美	性別	男・ <input checked="" type="checkbox"/> 女	生年月日	M・T・S 15年 月 4日 2	年齢	78歳
住所	日立市××町 1-2-3		職業	TEL 0291-33-3333			
診断名				直近の入院 退院			
既往歴及び経過							
治療状況・内服薬・その他							
	診療・往診 有(回/)・無		訪問看護 有(回/)・無				
現在の医療器具等装着状況 (該当するものに○)	留置カテーテル・経管栄養・気管切開・在宅酸素・その他 ()						
	処置又は交換期間 回/ 週						
診療所見上感染症の疑い	有・無 (検査してあれば記入してください)						
	肺結核 (有・無・未)	TRHA (有・無・未)	MRSA (有・無・未)	(部位)			
	感染性腸炎 (有・無・未)	HBS 抗原 (有・無・未)	HCV 抗体 (有・無・未)	疥癬 (有・無・未)			
日常生活の自立度	(自立・ J1 J2 ・ A1 A2 ・ B1 B2 ・ C1 C2)						
障害高齢者の自立度	(正常・ I ・ IIa ・ IIb ・ IIIa ・ IIIb ・ IV ・ M)						
認知症高齢者の自立度							
医療サービスの必要性	訪問看護 有・無	訪問リハビリ 有・無	通所リハビリ 有・無	その他 ()			
入浴の指示事項	入浴回数:	回/月・無制限	入浴方法	清拭・シャワー・浴槽入浴			
	禁止: 最高血圧	以上又は	以下	最低血圧	以上又は	以下	
	脈 拍	以上又は	以下	体 温	以上又は	以下	
	その他						
療養食食事せん	腎臓病	肝臓病	糖尿病	胃潰瘍食	貧血食	膵臓食	高脂血症 通風
	特別な場合の検査食 ()						
栄養指示事項	指示カロリー	Kcal	食事制限 有(塩分 蛋白 K その他)	無			
禁忌注意事項 (リスク管理を含む)							
主治医に対する照会 (依頼) 内容	今後、状態が急速な悪化により、短期間のうちに福祉用具(電動ベット)が必要な状態になることが見込まれるでしょうか。			照会に対する回答内容			
	ケアマネ氏名 11月15日 助川 花子						

診療情報提供書の依頼書（記入例とポイント）

主治医に対して利用者の診療情報を依頼する際に活用するものです。

〇〇年 11月 15日

××××総合病院
消化器外科 鈴木 △△子 先生

事業所名 ××××居宅介護支援事業所
担当者氏名 助川 花子
電話・Fax Ⅱ 0294-00-9234
Fax 0294-00-9235

介護保険用 診療情報提供書（依頼）

日頃より、大変お世話になっております。在宅療養等の支援のため、下記患者様の介護保険用診療情報提供書の作成をお願いいたします。

つきましては、下記の主治医に対する照会（依頼）内容を記載しましたので、診療情報提供書の下段等へご回答くださいますようお願い申し上げます。

記

患者氏名： 山田 ○美
生年月日：大正・昭和・平成 〇〇年 4月 2日生 （ 〇〇歳）
住 所：日立市・（ 市） ××× 町 1-2-3

照会（依頼）内容

今回、電動ベッドの貸与を検討しておりますが、現状の介護区分が軽度者の扱いとなるため「主治医の先生からの医学的な所見」を伺わなければ貸与が行えない状況にあります。
お忙しい中とは思いますが、所見がいただけると助かります。
よろしく願いいたします。

【ポイント】

- ・ 照会（依頼）の内容については、できるだけ簡潔に記しましょう。

訪問歯科診療申込書（記入例とポイント）

歯科医師による訪問歯科診療を依頼する際に活用するものです。

【様式8】

⑦ 訪問歯科診療申込書

訪問歯科診療申込書 日立歯科医師会 FAX 0294-38-0407

	年 月 日 () :	担当者
1 氏名 (受診する人)	山田 ○美	2 性別 男 <input type="checkbox"/> 女 <input checked="" type="checkbox"/>
3 年齢	78歳	4 日程調整先 TEL 0294-33-3333 氏名 山田 ○男
5 住所 (受診する人)	日立 <input checked="" type="checkbox"/> 市 ××× <input checked="" type="checkbox"/> 町 1-2-3	
6 依頼者 (連絡をした人)	助川 花子 <input type="checkbox"/> 本人 <input checked="" type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> 訪問看護師 <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 病院関係者 <input type="checkbox"/> 家族・親類・知人 <input type="checkbox"/> 施設関係者 <input type="checkbox"/> 行政関係者 <input type="checkbox"/> その他 () * 連絡先 ××××居宅介護支援事業所 TEL 0294-00-9234	
7	* 通院困難の理由 大腿骨折術後により在宅で療養中。歩行できず外出困難なため。 * 歯科診療の主訴 入れ歯が合わなくなり、固形物を噛むことができなくなった。	
8	基礎疾患・障害種類(複数回答可) <input type="checkbox"/> 脳卒中、脳血管障害後遺症、脳血管障害 <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 脊髄障害、脊髄、頸椎損傷 <input type="checkbox"/> 腎疾患 <input type="checkbox"/> 肢体不自由 <input type="checkbox"/> 頭部損傷 <input type="checkbox"/> 慢性関節リウマチ <input type="checkbox"/> 神経・筋疾患 <input type="checkbox"/> 循環器疾患、循環機能障害 <input type="checkbox"/> 運動器疾患 <input type="checkbox"/> 視覚障害、感覚器障害 <input type="checkbox"/> てんかん <input type="checkbox"/> ウィルス性肝炎 <input type="checkbox"/> 精神障害、神経科疾患 <input type="checkbox"/> その他 ()	
9	かかりつけ歯科医院 <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	名称 _____ 住所 _____ 連絡先 _____ TEL _____
10	要介護認定の有無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 (要介護3) <input type="checkbox"/> 無	11 意思疎通 <input type="checkbox"/> 十分可 <input checked="" type="checkbox"/> やや可 <input type="checkbox"/> 不可
12	在宅サービスの状況 <input checked="" type="checkbox"/> 訪問介護・薬剤師の訪問指導	
13	担当医 鈴木 △△子 先生	××××総合 病院 消化器外科 TEL 0294-22-2222 先生 _____ 病院 _____ 科 _____ TEL _____
14	担当ケア・マネ 助川 花子 * 連絡先 ××××居宅介護支援事業所 TEL 0294-00-9234	
14	特記事項 ご本人は、意思疎通可能ですが、耳元で大きな声で話す必要があります。	

【ポイント】

- ・ 訪問歯科診療を利用したい場合には、まずは日立歯科医師会に電話連絡して相談しましょう。(TEL35-7400)
- ・ 相談後、日立歯科医師会で訪問歯科診療に対応できる先生の調整を行います。

多職種連絡票（記入例とポイント）

職種を問わず、様々な場面で活用できるものです。

【様式 9】

多職種連絡票

〇〇年 11月 10日

事業所名 △△△デイサービス 氏 名 管理者 鈴木 太郎 様 所 在 地 日立市××町 Tel. 0294-00-9999 Fax 0294-00-0000	→ ←	事業所名 ×××××居宅介護支援事業所 所在地 日立市××町 Tel. 0294-00-9234 Fax 0294-00-9235 氏名 助川 花子(担当ケアマネジャー)
--	--------	---

お世話になっております。ご連絡させていただいた件について、下記のとおりお願いいたします。

利用者の情報

氏 名 やまだ のみ 山田 〇美 <input type="checkbox"/>男 <input checked="" type="checkbox"/>女	M・T・S 15 年 4 月 2 日生（ 78 歳）
連絡内容 <input type="checkbox"/> 挨拶 <input type="checkbox"/> 本人の状況の相談・報告 <input type="checkbox"/> 訪問依頼 <input type="checkbox"/> ケアプラン送付 <input type="checkbox"/> サービス担当者会議の依頼 <input checked="" type="checkbox"/> その他（ ご本人の状況確認等についてのお願い ）	
照会・相談・報告内容 山田〇美 様のケアプラン見直しに伴い、サービス提供時の様子や、今後のケアプランについてのご意見、助言等いただければ助かります。ご多忙の中、お手数をかけますが、下記項目を記入の上、FAXして頂きますようお願い申し上げます。 「記載内容として」 1.ADL状況 2.介護サービスの利用状況 3.服薬や金銭などの管理能力の状況 4.本人(家族)が困っている現状 5.その他、連絡事項等	
（返信希望の有無） <input checked="" type="checkbox"/> 返信願います <input type="checkbox"/> 返信不要です	
介 護 度 <input type="checkbox"/> 申請中 要支援 <input type="checkbox"/> 1・ <input type="checkbox"/> 2 要介護 <input type="checkbox"/> 1・ <input type="checkbox"/> 2・ <input checked="" type="checkbox"/> 3・ <input type="checkbox"/> 4・ <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 総合事業対象者※	
認定期間 〇〇年 12月 1日 ～ 〇〇年 11月 30日	
<input checked="" type="checkbox"/> 契約時の同意のほか、改めてご本人の承諾を得ています。 <input type="checkbox"/> 改めて承諾は得ていませんが、契約時の同意に基づき、ご本人への居宅介護支援に必要なのでご連絡いたします。 （特記事項： _____）	

（返信）

内容 1.ADL状況 2.介護サービスの利用状況 3.服薬や金銭などの管理能力の状況 4.本人(家族)が困っている現状 5.その他、連絡事項等	（返信希望の有無） <input type="checkbox"/> 返信願います <input type="checkbox"/> 返信不要です 〇〇年 月 日 氏名： _____
---	--

- 【ポイント】**

 - ・ 職種を問わず、様々な場面で上手に活用しましょう。
 - ・ 照会・相談・報告内容は、できるだけ簡潔に記しましょう。
 - ・ 事前に電話等で確認したうえで送付しましょう。



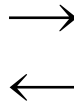
— 様式集 —

日立市ホームページよりダウンロードが可能です。

[事業者の方へ](#) > [福祉・介護](#) > [高齢福祉](#) > [日立市版多職種連絡票の活用](#)

医師とケアマネジャーのための事務連絡票

F A X 番号
医療機関名
医師氏名
電話番号
E-mail



F A X 番号
事業所名
担当者名
電話番号
E-mail

(フリガナ)		(生年月日)
利用者名	(男・女)	M・T・S 年 月 日 (歳)

送 信	主治医より <input type="checkbox"/> ご相談がありますので 月 日 時頃にお電話をください。 <input type="checkbox"/> 当該ご利用者様のケアプランを 郵送 ・ 持参 してください。 <input type="checkbox"/> その他 ()
	担当ケアマネジャーより <input type="checkbox"/> 当該利用者の担当ケアマネジャーです。よろしくお願ひいたします。(ご挨拶) <input type="checkbox"/> ケアプランを作成するにあたり病状やご意見などをお伺ひしたいので、ご都合の良い連絡方法、日時をお知らせください。 <input type="checkbox"/> ケアカンファレンスを開催したいので、ご都合等をお知らせください。 日時： 月 日 時から 時まで 場所： <input type="checkbox"/> その他 ()

返 信	主治医より <input type="checkbox"/> 了解しました。今後ともよろしくお願ひします。 (直接お会いします ・ お電話をください) 月 日 時頃 ・ 診療時間中いつでも可 <input type="checkbox"/> E-mail で、(連絡します。 ・ 連絡ください。) <input type="checkbox"/> 直接お会いする際、可能であれば、本人と家族の方の同席を希望します。 <input type="checkbox"/> ケアカンファレンスは (出席します。 ・ 欠席します。 → 別の日程の検討を希望します。) <input type="checkbox"/> その他 ()
	担当ケアマネジャーより

入院時情報提供書

記入日： 年 月 日
 入院日： 年 月 日
 情報提供日： 年 月 日

医療機関 ← 居宅介護支援事業所

医療機関名：
 ご担当者名：

事業所名：
 ケアマネジャー氏名：
 TEL： FAX：

利用者(患者)/家族の同意に基づき、利用者情報(身体・生活機能など)の情報を送付します。是非ご活用下さい。

1. 利用者(患者)基本情報について

患者氏名	(フリガナ)	年齢	才	性別	男 女
		生年月日	明・大・昭	年 月 日 生	
住所	〒	電話番号			
住環境 ※可能なば、「写真」などを添付	住居の種類(戸建て・集合住宅)： ___階建て、 居室___階、 エレベーター(有・無) 特記事項()				
入院時の要介護度	<input type="checkbox"/> 要支援() <input type="checkbox"/> 要介護() 有効期間： 年 月 日 ~ 年 月 日 <input type="checkbox"/> 申請中(申請日 /) <input type="checkbox"/> 区分変更(申請日 /) <input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 事業対象者				
障害高齢者の日常生活自立度	<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 type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2				<input type="checkbox"/> 医師の判断
認知症高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M				<input type="checkbox"/> ケアマネジャーの判断
介護保険の自己負担割合	<input type="checkbox"/> ___割 <input type="checkbox"/> 不明	障害など認定	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(身体・精神・知的)		
年金などの種類	<input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> その他()				

2. 家族構成/連絡先について

世帯構成	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> 子と同居 <input type="checkbox"/> その他() * <input type="checkbox"/> 日中独居				
主介護者氏名	(続柄・才)	(同居・別居)	TEL		
キーパーソン (緊急連絡先)	①	(続柄・才)	連絡先	TEL :	TEL
	②	(続柄・才)	連絡先	TEL :	TEL

3. 本人/家族の意向について

本人の趣味・興味・関心領域等	
本人の生活歴	
入院前の本人の生活に対する意向	<input type="checkbox"/> 同封の居宅サービス計画(1)参照
入院前の家族の生活に対する意向	<input type="checkbox"/> 同封の居宅サービス計画(1)参照

4. 入院前の介護サービスの利用状況について

入院前の介護サービスの利用状況	同封の書類をご確認ください。 <input type="checkbox"/> 居宅サービス計画書1.2.3表 <input type="checkbox"/> その他()
-----------------	--

5. 今後の在宅生活の展望について(ケアマネジャーとしての意見)

在宅生活に必要な要件	
退院後の世帯状況	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢世帯 <input type="checkbox"/> 子と同居(家族構成員数 名) * <input type="checkbox"/> 日中独居 <input type="checkbox"/> その他()
世帯に対する配慮	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要()
退院後の主介護者	<input type="checkbox"/> 本シート2に同じ <input type="checkbox"/> 左記以外(氏名 続柄・年齢)
介護力*	<input type="checkbox"/> 介護力が見込める(<input type="checkbox"/> 十分・ <input type="checkbox"/> 一部) <input type="checkbox"/> 介護力は見込めない <input type="checkbox"/> 家族や支援者はいない
家族や同居者等による虐待の疑い*	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()
特記事項	

6. カンファレンス等について(ケアマネジャーからの希望)

「院内の多職種カンファレンス」への参加	<input type="checkbox"/> 希望あり
「退院前カンファレンス」への参加	<input type="checkbox"/> 希望あり ・具体的な要望()
「退院前訪問指導」を実施する場合の同行	<input type="checkbox"/> 希望あり

* = 診療報酬 退院支援加算 1. 2「退院困難な患者の要因」に関連

7. 身体・生活機能の状況/療養生活上の課題について

麻痺の状況		なし	軽度	中度	重度	褥瘡の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()			
A D L	移動	自立	見守り	一部介助	全介助	移動(室内)	<input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他			
	移乗	自立	見守り	一部介助	全介助	移動(屋外)	<input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他			
	更衣	自立	見守り	一部介助	全介助	起居動作	自立	見守り	一部介助	全介助
	整容	自立	見守り	一部介助	全介助					
	入浴	自立	見守り	一部介助	全介助					
	食事	自立	見守り	一部介助	全介助					
食事内容	食事回数	() 回/日 (朝 時頃 ・ 昼 時頃 ・ 夜 時頃)				食事制限	<input type="checkbox"/> あり () <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明			
	食事形態	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> きざみ <input type="checkbox"/> 嚥下障害食 <input type="checkbox"/> ミキサー				UDF等の食形態区分				
	摂取方法	<input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経管栄養		水分とり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	水分制限	<input type="checkbox"/> あり () <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明			
口腔	嚥下機能	むせない	時々むせる	常にむせる		義歯	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(部分・総)			
	口腔清潔	良	不良	著しく不良		口臭	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり			
排泄*	排尿	自立	見守り	一部介助	全介助	ポータブルトイレ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 夜間 <input type="checkbox"/> 常時			
	排便	自立	見守り	一部介助	全介助	オムツ/パット	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 夜間 <input type="checkbox"/> 常時			
睡眠の状態		良	不良 ()		眠剤の使用	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり				
喫煙		無	有 _____本くらい/日		飲酒	無	有 _____合くらい/日あたり			
コミュニケーション能力	視力	問題なし	やや難あり	困難		眼鏡	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()			
	聴力	問題なし	やや難あり	困難		補聴器	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり			
	言語	問題なし	やや難あり	困難		コミュニケーションに関する特記事項:				
	意思疎通	問題なし	やや難あり	困難						
精神面における療養上の問題		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 焦燥・不穏 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 暴力/攻撃性 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 危険行為 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> その他 ()								
疾患歴*		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 悪性腫瘍 <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 急性呼吸器感染症 <input type="checkbox"/> 脳血管障害 <input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> その他 ()								
入院歴*	最近半年間での入院	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (理由: _____ 期間: H 年 月 日 ~ H 年 月 日) <input type="checkbox"/> 不明								
	入院頻度	<input type="checkbox"/> 頻度は高い/繰り返している <input type="checkbox"/> 頻度は低いが、これまでもある <input type="checkbox"/> 今回が初めて								
入院前に実施している医療処置*		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 経鼻栄養 <input type="checkbox"/> 経腸栄養 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 尿道カテーテル <input type="checkbox"/> 尿路ストーマ <input type="checkbox"/> 消化管ストーマ <input type="checkbox"/> 痛みコントロール <input type="checkbox"/> 排便コントロール <input type="checkbox"/> 自己注射 () <input type="checkbox"/> その他 ()								

8. お薬について ※必要に応じて、「お薬手帳(コピー)」を添付

内服薬	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	居宅療養管理指導	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (職種:)
薬剤管理	<input type="checkbox"/> 自己管理 <input type="checkbox"/> 他者による管理 (・管理者: _____ ・管理方法: _____)		
服薬状況	<input type="checkbox"/> 処方通り服用 <input type="checkbox"/> 時々飲み忘れ <input type="checkbox"/> 飲み忘れが多い、処方を守られていない <input type="checkbox"/> 服薬拒否		
お薬に関する、特記事項			

9. かかりつけ医について

かかりつけ医機関名		電話番号	
医師名	(フリガナ)	診察方法・頻度	<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 訪問診療 ・頻度 = () 回 / 月

* = 診療報酬 退院支援加算 1. 2「退院困難な患者の要因」に関連

退院・退所情報記録書

1. 基本情報・現在の状態 等

記入日： 年 月 日

属性	フリガナ	性別	年齢	退院(所)時の要介護度 (<input type="checkbox"/> 要区分変更)			
	氏名	様 男・女	歳	要支援 (<input type="checkbox"/>) ・要介護 (<input type="checkbox"/>) <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> なし			
入院(所)概要	・入院(所)日：H 年 月 日 ・退院(所)予定日：H 年 月 日						
	入院原因疾患(入所目的等)						
	入院・入所先	施設名	棟	室			
	今後の医学管理	医療機関名：	方法	<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 訪問診療			
① 疾患と入院(所)中の状況	現在治療中の疾患	① ② ③	疾患の状況	*番号記入	安定(<input type="checkbox"/>) 不安定(<input type="checkbox"/>)		
	移動手段	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他 ()					
	排泄方法	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> カテーテル・パウチ ()					
	入浴方法	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> 一般浴 <input type="checkbox"/> 機械浴 <input type="checkbox"/> 行わず					
	食事形態	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> その他 ()				UDF等の食形態区分	
	嚥下機能(むせ)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(時々・常に)		義歯	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(部分・総)		
	口腔清潔	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良 <input type="checkbox"/> 著しく不良		入院(所)中の使用： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり			
	口腔ケア	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助					
	睡眠	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良 ()				眠剤使用	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
	認知・精神	<input type="checkbox"/> 認知機能低下 <input type="checkbox"/> せん妄 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 焦燥・不穏 <input type="checkbox"/> 攻撃性 <input type="checkbox"/> その他 ()					
	② 受け止め/意向	<本人> 病気、障害、後遺症等の受け止め方	本人への病名告知： <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし				
<本人> 退院後の生活に関する意向							
<家族> 病気、障害、後遺症等の受け止め方							
<家族> 退院後の生活に関する意向							

2. 課題認識のための情報

③ 退院後に必要な事柄	医療処置の内容	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 経鼻栄養 <input type="checkbox"/> 経腸栄養 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 尿道カテーテル <input type="checkbox"/> 尿路ストーマ <input type="checkbox"/> 消化管ストーマ <input type="checkbox"/> 痛みコントロール <input type="checkbox"/> 排便コントロール <input type="checkbox"/> 自己注射 () <input type="checkbox"/> その他 ()				
	看護の視点	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 血圧 <input type="checkbox"/> 水分制限 <input type="checkbox"/> 食事制限 <input type="checkbox"/> 食形態 <input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 口腔ケア <input type="checkbox"/> 清潔ケア <input type="checkbox"/> 血糖コントロール <input type="checkbox"/> 排泄 <input type="checkbox"/> 皮膚状態 <input type="checkbox"/> 睡眠 <input type="checkbox"/> 認知機能・精神面 <input type="checkbox"/> 服薬指導 <input type="checkbox"/> 療養上の指導(食事・水分・睡眠・清潔ケア・排泄 などにおける指導) <input type="checkbox"/> ターミナル <input type="checkbox"/> その他 ()				
	リハビリの視点	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 本人指導 <input type="checkbox"/> 家族指導 <input type="checkbox"/> 関節可動域練習(ストレッチ含む) <input type="checkbox"/> 筋力増強練習 <input type="checkbox"/> バランス練習 <input type="checkbox"/> 麻痺・筋緊張改善練習 <input type="checkbox"/> 起居/立位等基本動作練習 <input type="checkbox"/> 摂食・嚥下訓練 <input type="checkbox"/> 言語訓練 <input type="checkbox"/> ADL練習(歩行/入浴/トイレ動作/移乗等) <input type="checkbox"/> IADL練習(買い物、調理等) <input type="checkbox"/> 疼痛管理(痛みコントロール) <input type="checkbox"/> 更生装具・福祉用具等管理 <input type="checkbox"/> 運動耐容能練習 <input type="checkbox"/> 地域活動支援 <input type="checkbox"/> 社会参加支援 <input type="checkbox"/> 就労支援 <input type="checkbox"/> その他 ()				
	禁忌事項	(禁忌の有無)	(禁忌の内容/留意点)			
症状・病状の予後・予測						
退院に際しての日常生活の阻害要因(心身状況・環境等)	例)医療機関からの見立て・意見(今後の見通し、急変の可能性や今後、どんなことが起こりうるか(合併症)、良くなっていく又はゆっくり落ちていく方向なのか等)について、①疾患と入院中の状況、②本人・家族の受け止めや意向、③退院後に必要な事柄、④その他の観点から必要と思われる事項について記載する。					
在宅復帰のために整えなければならない要件						
回目	聞き取り日	情報提供を受けた職種(氏名)			会議出席	
1	年 月 日				無・有	
2	年 月 日				無・有	
3	年 月 日				無・有	

※ 課題分析にあたっては、必要に応じて課題整理総括表の活用も考えられる。

診 療 情 報 提 供 書

医療機関の住所地及び名称

殿

TEL
医師

患者名	性別 男・女	生年月日 M・T・S 年 月 日	年齢 歳
住所	職業 TEL		

診断名	<p style="text-align: center;">※ 日立市における診療情報提供書は、日立市医師会（日立市地域医療協議会）に定められた様式（複写式）を使用してください。</p>	直近の入院 退院
既往歴及び経過		
治療状況・内服薬		
診療・往診 有(回/)・無 訪問看護 有(回/)・無		
現在の医療器具等装着状況（該当するものに○） 留置カテーテル・経管栄養・気管切開・在宅酸素・その他（ ） 処置又は交換期間 回/ 週 診療所見上感染症の疑い 有・無（検査してあれば記入してください） 肺結核（有・無・未） TRHA（有・無・未） MRSA（有・無・未）（部位 ） 感染性腸炎（有・無・未） HBS 抗原（有・無・未） HCV 抗体（有・無・未） 疥癬（有・無・未）		
日常生活の自立度	障害高齢者の自立度（自立・ J1 J2 ・ A1 A2 ・ B1 B2 ・ C1 C2 ） 認知症高齢者の自立度（正常・ I ・ II a ・ II b ・ III a ・ III b ・ IV ・ M ）	
医療サービスの必要性	訪問看護 有・無 訪問リハビリ 有・無 通所リハビリ 有・無 その他（ ）	
入浴の指示事項	入浴回数： 回/月・無制限 入浴方法 清拭・シャワー・浴槽入浴 禁止：最高血圧 以上又は 以下 最低血圧 以上又は 以下 脈 拍 以上又は 以下 体 温 以上又は 以下 その他	
療養食食事せん	腎臓病 肝臓病 糖尿病 胃潰瘍食 貧血食 膵臓食 高脂血症 通風 特別な場合の検査食（ ）	
栄養指示事項	指示カロリー Kcal 食事制限 有（塩分 蛋白 K その他 ）・無	
禁忌注意事項（リスク管理を含む）		
主治医に対する照会（依頼）内容		照会に対する回答内容
ケアマネ氏名 月 日		

年 月 日

科 病院
先生

事業所名

担当者氏名

電話・Fax

介護保険用 診療情報提供書（依頼）

日頃より、大変お世話になっております。在宅療養等の支援のため、下記患者様の介護保険用診療情報提供書の作成をお願いいたします。

つきましては、下記の主治医に対する照会（依頼）内容を記載しましたので、診療情報提供書の下段等へご回答くださいますようお願い申し上げます。

記

患者氏名：

生年月日：大正・昭和・平成 年 月 日生（ 歳）

住 所：日立市・（ 市） 町

照会（依頼）内容

--

訪問歯科診療申込書 日立歯科医師会 FAX 0294-38-0407

	年 月 日() :	担当者	
--	------------	-----	--

1	氏名 (受診する人)		2	性別	男 <input type="checkbox"/>	女 <input type="checkbox"/>	3	年齢	歳	4	日程 調整先	TEL 氏名	
5	住所 (受診する人)	市 郡	町 村										
6	依頼者 (連絡をした人)	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> 訪問看護師 <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 病院関係者 <input type="checkbox"/> 家族・親類・知人 <input type="checkbox"/> 施設関係者 <input type="checkbox"/> 行政関係者 <input type="checkbox"/> その他()											
		*連絡先					TEL						
7	*通院困難の理由												
*歯科診療の主訴													
8	基礎疾患・障害種類(複数回答可) <input type="checkbox"/> 脳卒中、脳血管障害後遺症、脳血管障害 <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 脊髄障害、脊髄、頸椎損傷 <input type="checkbox"/> 腎疾患 <input type="checkbox"/> 肢体不自由 <input type="checkbox"/> 頭部損傷 <input type="checkbox"/> 慢性関節リウマチ <input type="checkbox"/> 神経・筋疾患 <input type="checkbox"/> 循環器疾患、循環機能障害 <input type="checkbox"/> 運動器疾患 <input type="checkbox"/> 視覚障害、感覚器障害 <input type="checkbox"/> てんかん <input type="checkbox"/> ウィルス性肝炎 <input type="checkbox"/> 精神障害、神経科疾患 <input type="checkbox"/> その他()												
9	かかりつけ歯科医院 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	名称						連絡先	住所				
									TEL				
10	要介護認定の有無	<input type="checkbox"/> 有() <input type="checkbox"/> 無			11	意思疎通	<input type="checkbox"/> 十分可 <input type="checkbox"/> やや可 <input type="checkbox"/> 不可						
12	在宅サービスの状況												
13	担当医	先生	・	病院	科	TEL							
		先生	・	病院	科	TEL							
		担当ケア・マネ	*連絡先										
14	特記事項												

