

入院時情報共有シート(遠賀中間地域⇒医療機関)

〇〇病院 〇〇先生 御中

記入例

以下の情報は本人及びご家族の同意に基づいて提供しています。

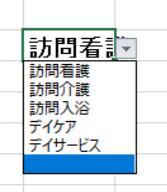
ふりがな	おんが たろう		年齢	性別	生年月日	
氏名	遠賀 太郎		82 歳	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	12 年 7 月 6 日	
住所	〒 809-0000 福岡県〇〇市△△町★丁目1234 TEL 000-111-2222		家族構成			
緊急時連絡先	氏名:続柄 【 遠賀 花子:妻 】 TEL 自宅 【 333-4444 】 TEL 携帯 【 000-5555-6666 】 氏名:続柄 【 遠賀 和子:実母 】 TEL 自宅 【 777-8888 】 TEL 携帯 【 000-9999-1111 】		同居 <input type="checkbox"/> KP <input type="checkbox"/> ☆ 本人 <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性 <input type="checkbox"/>			
住宅環境:	<input type="checkbox"/> 一戸建て <input checked="" type="checkbox"/> 集合住宅 (3 階)	エレベーター:	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	介護度	要支援 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 要介護 <input checked="" type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 未申請 <input checked="" type="checkbox"/> 申請中 (<input checked="" type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 更新 <input type="checkbox"/> 区変)	
経済状況	年金 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 【 150000円 /月】	生活保護	担当CW 【 〇村 △男 】	有効期限: <input type="checkbox"/> 平成 <input checked="" type="checkbox"/> 令和 3 年 11 月 31 日		
情報提供事業所名	〇〇医師会 ケアプランセンター TEL 123-4567 FAX 123-5678		担当ケアマネジャー □原 △子			
入院年月日	令和 2 年 11 月 20 日		かかりつけ医 (<input checked="" type="checkbox"/> 外来通院 <input type="checkbox"/> 訪問診療)			
現病歴	近医にて糖尿病、高血圧フォロー。 令和元年1月、胸苦あり狭心症の診断を受け現在も外来通院中。 夜間トイレに行く際に転倒し骨折、〇〇病院に入院となる。		医療機関	〇〇〇〇病院		
既往歴	糖尿病、高血圧、狭心症、 アルツハイマー型認知症(平成30年1月診断)		連絡先	TEL 000-222-3333 FAX 000-222-3344		
介護サービス利用状況() 内に事業所名	<input checked="" type="checkbox"/> 訪問介護 2 /週 月・金 曜日 <input checked="" type="checkbox"/> 訪問看護 2 /週 火・土 曜日 (□□ヘルパーステーション) (□□訪問看護ステーション) <input checked="" type="checkbox"/> デイサービス 2 /週 水・木 曜日 <input checked="" type="checkbox"/> 福祉用具 令和1.12/1~ (△△デイサービス) (シャワーチェア、玄関手すり)		必要時はレスパイトのため、 ショートステイを利用。気分変動 あり直前で拒否されることもある ため急なキャンセルもあり			
移動	<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	視力	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 低下 <input type="checkbox"/> 全盲 眼鏡 (<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)			
排泄	<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	聴力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや難聴 <input checked="" type="checkbox"/> 難聴 <input type="checkbox"/> 筆談			
食事	<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	認知:精神面	【 認知症 <input checked="" type="checkbox"/> 有 】 <input checked="" type="checkbox"/> 徘徊 夜間に多く時折転倒あり <input checked="" type="checkbox"/> 介護抵抗 清拭の際は足をバタバタ <input checked="" type="checkbox"/> 攻撃性 食事介助時は時折大声 <input checked="" type="checkbox"/> 焦燥・不穏 落ち着きのなさから大声あり <input checked="" type="checkbox"/> 幻視・幻聴 小動物幻視や隣の人声 <input checked="" type="checkbox"/> 昼夜逆転 3時頃に覚醒し徘徊 <input checked="" type="checkbox"/> 大声			
入浴	<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	〇〇病院にて認知症の診断を受ける	かかりつけ医:			
口腔ケア	<input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	〇〇病院にて認知症の診断を受ける				
その他(ご本人の望む暮らし・心身状況・生活環境・介護の様子・医療上の注意等)						
本人様は、最期まで自宅で過ごしたい。家族と共に暮らしたいが妻には負担をかけたくないと思っている。 適切な援助があれば妻や娘の負担も軽くなるので出来る範囲のサービスを利用したいようである。						
※退院が決まり次第、ご連絡を頂ければ幸いです。提供年月日 令和 2 年 11 月 23 日 記録者(□村 ○美)						

【ジェノグラム(家系図)の作り方】

- 一般的な家系図を想定し作っていますので参考にしてください。
- ライン、マーク、円など、『コピー』⇒『貼り付け』で使用できます。またサイズの調整も出来るようになっています。
- 画面上にあるもの以外のマークなどを使用される際は、画面左上の『挿入』⇒『図形』をクリックしてご使用ください。
- 家族構成のスペース内に直接的に文字入力は出来ません。
- マークの表記内容を除いて、いらぬラインやマークは最終的に削除して下さい。(残していると印刷されます)
- マークの黒塗り(■・●)は他界された表記です。

※このマークの表記内容は削除せずに残して下さい。

利用されている介護サービス(黄色の網掛け欄)の記入欄をプルダウンで選択できるようにしています。



このような場合に、セル内で文章入力する時は『Altキー』を押しながら、『Enterキー』を押せば改行が可能です。

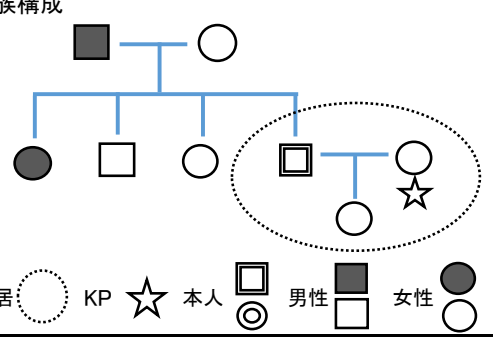
【 全体的確認事項 】

- 記入例を参考に入力シートからご記入をお願い致します。
- ホームページ上のシート内の定型文・書式・吹き出しの説明に関しては変更や上書きをしないようお願い致します。
- ホームページ上からシートへ入力しても、ホームページ上にはデータは残りません。
- 初期設定は氏名、年齢、生年月日、住所のみ太字設定になってます。
- 各スペースに直接文章入力される場合は、文字数に合わせフォントサイズの調整が出来ますので状況に応じて対応できます。
- セル内で文章入力する場合、『Altキー』を押しながら『Enterキー』を押せば改行が可能です。
- 項目ごとにチェックで対応できるように設定していますのでご活用下さい。(※チェック欄は現状のサイズが最大となっています。)

入院時情報共有シート(遠賀中間地域⇒医療機関)

御中

以下の情報は本人及びご家族の同意に基づいて提供しています。

ふりがな		年齢	性別	生年月日	
氏名		歳	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 明 <input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 令	<input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 平 年 月 日
住所	〒 TEL		家族構成 		
緊急時連絡先	氏名:続柄【 TEL 自宅【 TEL 携帯【 氏名:続柄【 TEL 自宅【 TEL 携帯【				
住宅環境: エレベーター:	<input type="checkbox"/> 一戸建て <input type="checkbox"/> 集合住宅 (階) <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		介護度 要支援 <input type="checkbox"/> 1 <input 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"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 申請中(<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 更新 <input type="checkbox"/> 区変) 有効期限: <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日		
経済状況 年金 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 【 /月】 生活保護 担当CW【 】					
情報提供事業所名			担当ケアマネジャー		
TEL FAX					
入院年月日 令和 年 月 日			かかりつけ医 (<input type="checkbox"/> 外来通院 <input type="checkbox"/> 訪問診療)		
現病歴			医療機関		
既往歴			連絡先	TEL FAX	
介護サービス利用状況() 内に事業所名	<input type="checkbox"/> 訪問看護 /週 曜日 () <input type="checkbox"/> デイサービス /週 曜日 ()		<input type="checkbox"/> 訪問介護 /週 曜日 () <input type="checkbox"/> 福祉用具 ()		その他
	自立	見守り	一部介助	全介助	詳細
移動	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 手引き <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> シルバーカー <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子
排泄	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> リハビリ <input type="checkbox"/> オムツ (<input type="checkbox"/> 常時 <input type="checkbox"/> 夜間) <input type="checkbox"/> パッド
食事	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 嚥下状態(<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良) <input type="checkbox"/> 咀嚼状態(<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良) <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 軟菜 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> ペースト <input type="checkbox"/> 経管栄養(<input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 胃瘻)
入浴	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 (<input type="checkbox"/> シャワー <input type="checkbox"/> 清拭)
口腔ケア	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 義歯:有 (<input type="checkbox"/> 総義歯 <input type="checkbox"/> 部分) かかりつけ医:
視力 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 低下 <input type="checkbox"/> 全盲 眼鏡(<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)					
聴力 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや難聴 <input type="checkbox"/> 難聴 <input type="checkbox"/> 筆談					
認知:精神面【 認知症 <input type="checkbox"/> 有 】					
<input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 介護抵抗 <input type="checkbox"/> 攻撃性 <input type="checkbox"/> 焦燥・不穏 <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 大声					
その他(ご本人の望む暮らし・心身状況・生活環境・介護の様子・医療上の注意等)					
※退院が決まり次第、ご連絡を頂ければ幸いです。 提供年月日 令和 年 月 日 記録者()					