

# シート① 病院 ⇒ ケアマネジャー

居宅介護支援事業所

管理者

様

病院名： \_\_\_\_\_

地域連携室担当者名： \_\_\_\_\_

電話： \_\_\_\_\_

FAX： \_\_\_\_\_

## 医療と介護の連携シート（新規依頼用）

情報提供日： 年 月 日

性別： _____ 生年月日 _____ 年 月 日 年齢： _____ 歳 (個人情報に配慮し、氏名・住所は記載せず、電話でのやり取りの際にお伝えします。)	
担当医師情報等 担当医： _____ ( _____ 科) 担当看護師： _____ 担当医から病状及び治療方針の聞き取り方法、時間など (例： 面談 電話対応可能日時等) ( _____ ) その他連絡事項： _____	
要介護認定	申請有 (区分 _____ ) 未申請
入院原因疾患	
予定入院期間	
退院予定日	
入院計画書の概要等	
食事	介助なし 見守り 一部介助 全介助 (お箸 スプーン その他 ( _____ ))
嚥下状態	良 不良 咀嚼： 良 不良 形態： 粥 刻み パースト 他 ( _____ )
移動	介助なし 見守り 一部介助 全介助 移動手段： 車椅子 歩行器 他 ( _____ )
排泄	介助なし 見守り 一部介助 全介助 トイレ ポータブルトイレ 他 ( _____ )
清潔保持	介助なし 見守り 一部介助 全介助 入浴 シャワー浴 清拭 他 ( _____ )
認知、精神面	認知症高齢者日常生活自立度 自立 I IIa IIb IIIa IIIb IV M 備考 ( _____ )
ご本人、ご家族の意向 等	
退院後の療養先等	
その他特記事項	

## 認知症高齢者の日常生活自立度判定基準（抜粋）

ランク	判定基準	見られる症状・行動の例
I	何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している。	
II	日常生活に支障を来すような症状、行動や意思疎通の困難さが多少みられても、誰かが注意してれば自立できる。	
II a	家庭外で上記IIの状態がみられる。	たびたび道に迷うとか、買い物や事務、金銭管理などそれまでできていたことにミスが目立つなど
II b	家庭内でも上記IIの状態がみられる。	服薬管理が出来ない、電話の応答や訪問者の対応など一人で留守番が出来ない等
III	日常生活に支障を来すような症状、行動や意思疎通の困難さが見られ、介護を必要とする	
III a	日中を中心として上記IIIの状態が見られる。	着替え、食事、排便、排尿が上手に出来ない、時間がかかる。やたらに物を口に入れる。物を拾い集める、徘徊、失禁、大声、奇声をあげる、火の不始末、不潔行為、性的異常行動等
III b	夜間を中心として上記IIIの状態が見られる	ランクIII a に同じ
IV	日常生活に支障を来すような症状、行動、意思疎通の困難さが頻繁にみられ、常に介護を必要とする	ランクIII に同じ
M	著しい精神症状や周辺症状あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする	せん妄、妄想、興奮、自傷、他害などの精神症状や精神症状に起因する問題行動が継続する状態等