記入例

医療連携ｼｰﾄ（入院・入所用）

記入日　平成　21年　12月　1日

ふりがな 氏　名	ﾏﾙﾏﾙ　ﾏﾙｺ ●●　●子　様	生年月日	昭和20年 8月 15日（64歳）
住　所	長崎市〇〇町	連絡先	095－844－〇〇〇〇
ｷｰﾊﾟｰｿﾝ	××　×男　（長男）	連絡先	090-1111－2222（携帯）
介護保険	介護区分	要支援（　）・要介護　（　2　）・更新中・区変中・新規申請中	
	区変申請日	平成21年11月1日	有効期間　H21年5月１日～H22年4月30日
医療保険	□社保　■国保　□後期高齢　□その他		
公費負担	■原爆　□保護　□特定疾患　□障害（身体・精神）		

医療機関	病院名	医師名	連絡先
	〇〇内科	××　×夫　Ｄｒ	095－〇〇〇－××××　（意見書主治医を一番目に記載）

日常生活動作	障害	□自立　□J1　□J2　□A1　■A2　□B1　□B2　□C1　□C2		
	認知	□自立　□Ⅰ　■Ⅱa　□Ⅱb　□Ⅲa　□Ⅲb　□Ⅳ　□M		
心身の状況	入浴	□自立　■一部介助　□全介助	ｺﾐｭﾆｹｰｼｮﾝ	会話は普通に可
	排泄	□自立　■一部介助　□全介助	睡眠	■良眠　□不眠（薬剤使用　有・無）
	食事	□自立　■一部介助　□全介助	視覚障害	■無　□有
	更衣・整容	□自立　■一部介助　□全介助	聴覚障害	□無　■有　右難聴・補聴器あり
	歩行	□自立　■一部介助　□全介助	身体障害	■無　□有
	移乗	□自立　□一部介助　■全介助	問題行動	□無　■有（気に入らないと暴言あり）

生活環境	自宅周辺環境	□平地　■斜面地（階段　２５段　坂道　８０　m） 車道までの距離　１００ｍ　移送支援サービス　有・無		
	室内環境	住宅改修の有無　無　・　有（改修箇所　トイレ・浴室・廊下　）（改修した場所を記載）		
		トイレ	■洋式　□和式	手すり　有・無
			段差　有・無	
		浴室	段差　有・無	手すり　有・無
		玄関	段差　有・無	手すり　有・無
		居室	段差　有・無	手すり　有・無
		寝室	段差　有・無	■ベッド　□布団

入院までの経過	平成２０年９月よりＰ病院より紹介にて支援開始。パーキンソン病にて〇〇内科で内服治療中。（２週に１回往診あり）通所リハを週４回利用。最近歩行困難となってきており、通所ＰＴより転倒に注意するようにと連絡が入っていた。11/25午後ポータブルに移動しようとして自宅ベッドサイドで転倒した。（別添週間スケジュール参照）（直近の状況を記載）
備考	夫と二人暮らし。夫は障害を持っており、十分な介護ができないため、通所しない日の日中は、〇〇町に住む40歳の長女が支援している。転倒した日は長女が風邪で来訪していなかった。その他の家族は県外で支援の可能性は低い。（入院・入所先に伝えたい特別な情報を記載。）

わかる範囲で記載

事業所名　〇×ｹｱﾌﾟﾗﾝｾﾝﾀｰ　TEL　FAX

担当者　〇〇　〇〇

長崎市介護支援専門員連絡協議会