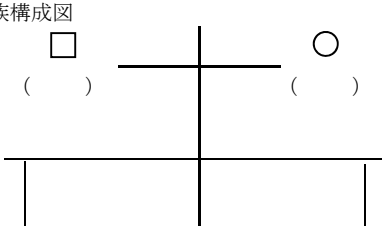
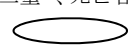


連携シート『むすびの和』 改訂版

受付年月日： 年 月 日 受付
 受付方法： 訪問 電話 来所 その他()
 相談受付者：

アセスメントの理由： <input type="checkbox"/> 初回 <input type="checkbox"/> 更新 <input type="checkbox"/> 区分変更 (<input type="checkbox"/> 悪化 <input type="checkbox"/> 改善) <input type="checkbox"/> 退院 <input type="checkbox"/> 退所 <input type="checkbox"/> その他()					
氏名 () 様) 性別 (<input type="checkbox"/> 男 ・ <input type="checkbox"/> 女)		(住所) 〒 (tel)			
被保険者情報		介護保険 被保険者番号() 医療保険： <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> 後期高齢者 身体障害者手帳： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (種 級) 介護保険支給限度額 (単位) 利用者負担限度額 () 介護保険負担割合 (<input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> その他())			
要介護度： 有効期間： ~ (在宅療養開始日 平成 年 月 日)		生年月日： <input type="checkbox"/> M・ <input type="checkbox"/> T・ <input type="checkbox"/> S・ <input type="checkbox"/> H 年 月 日 才			
基本データ	① 医療機関と主治医	病名・既往歴 ① 発症 年 月 日 ② 年 月 日 ③ 年 月 日 症状 痛み <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 薬管理 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他	医療内容 <input type="checkbox"/> 点滴 (IVH・) <input type="checkbox"/> 浣腸・摘便 <input type="checkbox"/> 経管栄養 (胃ろう・経鼻) <input type="checkbox"/> 透析 (人工・腹膜) <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> インスリン (単位) <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 人工呼吸 <input type="checkbox"/> 褥瘡等の処置 <input type="checkbox"/> 留置カテーテル <input type="checkbox"/> 吸引・吸入 <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 緩和ケア <input type="checkbox"/> その他 ()		
	② 担当ケアマネジャー	内服薬 ① ② ③	身長： 体重： BMI 身体状況： 麻痺： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 歩行状況： アルブミン値：		
	所属	④			
	氏名	⑤			
	③ 病院・施設などの担当者	所属 氏名 感染症 <input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 ()	〇 障害部位 △ 麻痺 × 欠損部位		
寝たきり度：	<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	〇 障害部位 △ 麻痺 × 欠損部位			
認知度：	<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				
個人因子	認知症周辺症状 (含：原因が認知症以外の疾患、心理・行動症状)	被害的	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> ときどき <input type="checkbox"/> 有	落ち着きなし	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> ときどき <input type="checkbox"/> 有
	作話	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> ときどき <input type="checkbox"/> 有	一人で出たがる	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> ときどき <input type="checkbox"/> 有	
	情緒が不安定	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> ときどき <input type="checkbox"/> 有	収集癖	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> ときどき <input type="checkbox"/> 有	
	昼夜が逆転	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> ときどき <input type="checkbox"/> 有	物や衣類を壊す	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> ときどき <input type="checkbox"/> 有	
	同じ話をする	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> ときどき <input type="checkbox"/> 有	独り言・一人笑い	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> ときどき <input type="checkbox"/> 有	
	大声を出す	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> ときどき <input type="checkbox"/> 有	自分勝手に行動する	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> ときどき <input type="checkbox"/> 有	
	介護に抵抗	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> ときどき <input type="checkbox"/> 有	話がまとまらない	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> ときどき <input type="checkbox"/> 有	
	日常生活への影響・介護の状況・課題等				

個人因子	特別な状況： <input type="checkbox"/> 日中独居、 <input type="checkbox"/> 虐待、 <input type="checkbox"/> ターミナル、 <input type="checkbox"/> 成年後見、 <input type="checkbox"/> その他 具体的な状況：	
	生活歴：	
	趣味・好きな事・嫌いな事・信条・最近嬉しかった事・困った事	
環境因子	本人の願い・希望： 終末期や緩和ケアへの思い（ 年 月 日現在）：	経済状況： 年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 生活保護（ ） <input type="checkbox"/> 無
	家族の願い・希望：	家族構成図 
	医療・介護・福祉等サービスの利用状況： <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 通所リハビリ <input type="checkbox"/> ショートステイ <input type="checkbox"/> 在宅療養管理指導(医・歯・薬・栄・看) <input type="checkbox"/> 福祉用具（ ） <input type="checkbox"/> インフォーマルサービス（ ） <input type="checkbox"/> その他（ ）	
	家族の介護力：	男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> ☆ キーパーソン 本人は二重、死亡者は塗りつぶし 同居者  （ ）に年齢 <input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 老人世帯
社会的環境：	キーパーソン 氏名（ ） 本人との関係（ ） 連絡先： 住 所： 電 話：	

	現在の状況（生活の中でしている）	頑張れば出来る	目標
機能（活動）	基本動作 寝返り <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り・一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 起き上がり <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り・一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 座位保持 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り・一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 立ち上がり <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り・一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
	歩行 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> つたい歩き <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他		
	移乗 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り・一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
	食事 方法 <input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経管 <input type="checkbox"/> 中心静脈 内容 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> ペースト <input type="checkbox"/> トロミ 回数: <input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 2回 <input type="checkbox"/> 3回以上 <input type="checkbox"/> 治療食() 動作 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り・一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
	水分摂取 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り・一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 摂取量 1日 (ml)		
	排便・ 排尿 方法 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> カテーテル <input type="checkbox"/> 布パンツ <input type="checkbox"/> リハビリパンツ 排尿 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り・一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 頻度: 1日 ()回 排便 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り・一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 薬の服用: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 頻度: 1日 ()回 失禁 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> ときどき <input type="checkbox"/> まれにあり <input type="checkbox"/> 無		
	入浴 方法 <input type="checkbox"/> 一般浴 <input type="checkbox"/> シャワー <input type="checkbox"/> 機械浴 <input type="checkbox"/> 清拭 動作 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り・一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
	更衣・ 整容 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り・一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
	皮膚の 問題 褥瘡 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> あり (部位:) 程度 <input type="checkbox"/> 発赤 <input type="checkbox"/> びらん <input type="checkbox"/> 潰瘍		
	口腔衛生 歯の本数: 本 義歯: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 動作 <input type="checkbox"/> 自立 (歯磨き 1日 ()回) <input type="checkbox"/> 見守り・一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
	意志疎通 意思の伝達 <input type="checkbox"/> 支障なし <input type="checkbox"/> 支障あり 他者を理解 <input type="checkbox"/> 支障なし <input type="checkbox"/> 支障あり ・言語 視力障害 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 言語障害 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 聴力障害 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 補聴器 <input type="checkbox"/> 未使用 <input type="checkbox"/> 使用		
	認知 短期記憶 <input type="checkbox"/> 支障なし <input type="checkbox"/> 支障あり 伝達能力 <input type="checkbox"/> 支障なし <input type="checkbox"/> 支障あり 理解力 <input type="checkbox"/> 支障なし <input type="checkbox"/> 支障あり		
	睡眠 状況 <input type="checkbox"/> 良眠 <input type="checkbox"/> 不良 <input type="checkbox"/> せん妄 (<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有) 睡眠薬等 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 時々使用 <input type="checkbox"/> 常用		
	調理 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り・一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
	掃除 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り・一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
	買い物 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り・一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
	金銭管理 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り・一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
	服薬状況 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り・一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
	参加 状況 (社会参加: 家庭の役割を含む)		

関連者の意見

<p style="text-align: center;">ケアマネ</p> <p>(ケアマネ、ソーシャルワーカーなど)</p>	<p style="text-align: center;">医療</p> <p>(医師、歯科医師、薬剤師、訪問看護師、看護師、保健師、リハビリ関係者など)</p>	<p style="text-align: center;">介護</p> <p>(介護保険施設・事業所の従事者など)</p>	<p style="text-align: center;">家族・介護者・地域関係者</p> <p>(家族、介護者、民生委員、愛育委員、ボランティアなど)</p>
<p>基本事項の記載(職種、記載日、意見など)</p>	<p>基本事項の記載(職種、記載日、意見など)</p>	<p>基本事項の記載(職種、記載日、意見など)</p>	<p>基本事項の記載(職種、記載日、意見など)</p>
<p>内容(状況変化、他職種の留意・依頼することなど)について</p>			
<p>職種: 氏名: 事業所: tel:</p>	<p>記載日:平成 年 月 日</p>		
<p>職種: 氏名: 事業所: tel:</p>	<p>記載日:平成 年 月 日</p>		
<p>職種: 氏名: 事業所: tel:</p>	<p>記載日:平成 年 月 日</p>		
<p>職種: 氏名: 事業所: tel:</p>	<p>記載日:平成 年 月 日</p>		
<p>職種: 氏名: 事業所: tel:</p>	<p>記載日:平成 年 月 日</p>		
<p>職種: 氏名: 事業所: tel:</p>	<p>記載日:平成 年 月 日</p>		
<p>職種: 氏名: 事業所: tel:</p>	<p>記載日:平成 年 月 日</p>		

住居について

住居の形態：賃貸 1戸建て マンション()階 アパート()階 施設 (エレベータ:無 有)

<住居の見取り図>

これらのマークを移動・コピーして記載してください



A

B

C

D

E

F

G



※以下の項目を見取り図に入れてください。

A：風呂

B：トイレ

C：寝室（本人）

D：寝室（介護者）

E：台所

F：玄関

G：冷暖房

(無有)

△：段差

▲：危険箇所

○：手すり

<地域の図>

住宅環境の 状況	危険箇所	
	改修の必要性	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 済み 改修されているところ()

特別な状況 (虐待や終末期ケア等)	
----------------------	--

全体のまとめ

- 1 安全確保への対応の必要性 無 有
 2 権利擁護に関する対応の必要性 無 有