

(様式 1)

介護(予防)連絡票

医師と介護支援専門員との連絡票

のりしろ

年 月 日

宛先	医療機関名	発信元	介護事業所名
	住所		住所
	医師 先生(宛)		TEL FAX 氏名

名刺を貼ることができます (発信)

日頃より大変お世話になっております。下記の件につき先生と連絡をとりたいと思います。お忙しいところ誠に恐れ入りますが、ご都合の良い連絡方法等につきまして、ご回答をお願いいたします。

\*なお、この照会を行うこと及び先生から情報提供いただくことについては、

- ご本人・ご家族の同意を得て、ご連絡いたします。 同意した日 年 月 日
- ご本人の心身状況から同意は得られておりませんが、ご本人のために必要がありますのでご連絡いたします。

利用者	氏名	介護度	申請中・要支援1・2 要介護1・2・3・4・5
	住所	TEL	— —
	生年月日	明・大・昭 年 月 日生 ( 歳)	男・女

照会目的	<input type="checkbox"/> 新規・更新・区分変更後のケアプラン作成時の医学的意見について
	<input type="checkbox"/> 利用者の医療・看護・介護・症状の医学的意見・指示について
	<input type="checkbox"/> サービス担当者会議における医学的意見について
	<input type="checkbox"/> 福祉用具貸与(購入)について、医師からの医学的意見について
	<input type="checkbox"/> 医療系サービスを導入するにあたり、主治医の意見・相談など
	<input type="checkbox"/> 利用者の下記状況についての相談
	<input type="checkbox"/> 担当ケアマネジャーになった挨拶

<相談内容等>

担当介護支援専門員名

医師からの回答(返信)

\*この連絡票での回答では、診療情報提供料の算定はできません。

連絡方法等	<input type="checkbox"/> 直接会って話をします (日時: 月 日 時頃に来院ください)
	<input type="checkbox"/> 電話で話をします (日時: 月 日 時頃に電話をください・します)
	<input type="checkbox"/> 文書で回答します <input type="checkbox"/> FAXで回答します <input type="checkbox"/> メールで回答します

サービス担当者会議に 出席します ( 診療所 利用者宅 施設 その他 ) 出席しません

年 月 日 氏名

**介護支援専門員用 診療情報提供書**

年 月 日

介護事業所名称

担当

様

医療機関名

医師氏名

T E L

F A X

患者氏名		性別	<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女	
		職業	<input type="checkbox"/> 無職	<input type="checkbox"/>	
電話番号		生年月日	<input type="checkbox"/> 明治	<input type="checkbox"/> 大正	<input type="checkbox"/> 昭和
			年	月	日
患者住所	堺市 区				
情報提供の目的					
疾病名	生活機能低下の原因になっているもの				
その他の疾病名					
疾病の経過及び治療状況					
診察形態	<input type="checkbox"/> 外来	<input type="checkbox"/> 入院	入院日	年	月 日
	<input type="checkbox"/> 訪問診療		退院(予定)日	年	月 日
必要と考えられる介護・福祉サービス又はサービス利用についての留意点					

障害者高齢者の生活自立度

自立  J1  J2  A1  A2  B1  B2  C1  C2

認知症高齢者の日常生活自立度

自立  I  II  II a  II b  III  III a  III b  IV  M

※ 患者様・ご家族様への説明は事前に医療機関側が行ってください。

※ この診療情報提供書を外部に提供する場合は、必ず主治医の同意を得てください。

(様式 3)

診療情報提供書(様式2)における介護支援専門員からの回答(返信)

年 月 日

医療機関名

住 所

医 師

先生

介護事業所名

住 所

担当介護支援専門員

氏 名

TEL ( ) -

FAX ( ) -

年 月 日付で、診療情報提供書により情報をいただきました下記利用者につきまして、  
回答いたします。

利用者氏名	
性別・生年月日	(男・女) 生年月日 明・大・昭・平 年 月 日( 歳)
住 所	電話番号( ) -
<回答>	



## (3-1)

日常生活の状態についてお伺いいたします。該当する項目に1つ○を付けて、右の1か2についても選択してください。		
	日常生活はまったく問題なく、一人で外出している。	
	何らかの障害はあるが、日常生活はほぼ自立していて、一人で外出している。 1. 交通機関を利用して外出できる 2. とおり近所なら外出できる	1 ・ 2
	屋内での生活はほぼ自立しているが、介助なしには外出していない。 1. 介助により外出し、日中はほとんどベッドから離れて生活している 2. 外出の頻度が少なく、日中も寝たり起きたりの生活をしている	1 ・ 2
	屋内での生活は何らかの介助を要し、日中もベッド上での生活が主体であるが座っていることもある。 1. 車いすに自分で乗り移り、食事、排泄はベッドから離れて行う 2. 介助により車いすに乗り移る	1 ・ 2
	1日中ベッド上で過ごし、排泄、食事、着替において介助を要する。 1. 自分で寝返りをうつ 2. 自分で寝返りをうつことができない	1 ・ 2
同じく、該当する項目に1つ○を付けて、右のaかbについても選択してください。		
	会話はスムーズで意思疎通もできて、特に困るような行動もない。	
	何らかの認知症があるが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している。	
	日常生活に支障を来すような症状・行動や意志疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる。 a. たびたび道に迷う、買物や金銭管理など、それまでできたことにミスが目立つ。 b. 服薬管理ができない、電話の応対や訪問者との対応など一人で留守番ができない。	a ・ b
	日常生活に支障を来すような症状・行動や意志疎通の困難さが見られ、介護を必要とする。 a. 日中を中心として、着替え、食事、排便、排尿などが上手にできない・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、奇声を上げる。火の不始末、不潔行為、性的異常行為などの症状により、日常生活に困難をきたし、介護を必要とする。 b. 夜間を中心として aと同じ。	a ・ b
	上記の多彩な症状により、常に目を離すことができない。常に介護を必要とする。	
	せん妄(意識混濁に加えて幻覚や錯覚が見られるような状態)、妄想(根拠もなくあれこれと想像する)、興奮、自傷(自分のからだをわざと傷つける)・他害など著しい精神症状や問題行動があり、専門医の治療を必要とする。	

## (3-2)

ひどい物忘れがありますか？	・ある ・ときどき ・ない
毎日の生活は自分一人の判断や意思でできますか？	・できる ・いくらか困難 ・見守りが必要 ・できない
自分がしたいこと、言いたいことを相手に伝えられますか？	・伝えられる ・いくらか困難 ・具体的要求に限られる ・伝えられない

## (3-3)

1	実際にはないものが見えたり、聞こえたりしますか？	・ある ・ときどき ・ない
2	実際にはなかった事をあつたように言うことがありますか？ (例えば、お金をとられたとか、なくなったとか言う)	・ある ・ときどき ・ない
3	昼夜が逆転していますか？(昼間に寝ていることが多く、夜間(深夜、早朝)動き回ったり、大声を出したりする)	・ある ・ときどき ・ない

4	今までになかったような暴言をはくことがありますか？	・ある ・ときどき ・ない
5	介護者に暴行を加えることがありますか？	・ある ・ときどき ・ない
6	介護に抵抗または拒否することができますか？	・ある ・ときどき ・ない
7	目的もなく歩き回ったり外出したりすることができますか？	・ある ・ときどき ・ない
8	外出して帰れなくなったことがありますか？	・ある ・ときどき ・ない
9	ガスコンロの消し忘れなど火の不始末がありますか？	・ある ・ときどき ・ない
10	排便後などに、便や尿に触ったりすることができますか？	・ある ・ときどき ・ない
11	本来食べられないものを食べたり、食べようと口に入れたりするようなことがありますか？	・ある ・ときどき ・ない
12	まわりが迷惑するような性的問題行動がありますか？	・ある ・ときどき ・ない
1から12までの質問の他に問題行動がありますか？		・ある( ) ・ない

(3-4)

精神科・神経科・心療内科にかかっていますか？	・かかっている ・かかっていない
かかっている病名などがわかれば記入してください。	

(3-5)

利用者の利き腕はどちらですか？	・右利き ・左利き
身長と体重は？(測れないときはおおよそで結構です)	身長          cm    体重          kg
過去6ヶ月月の体重の変化がありますか？	・増えた ・維持 ・減った
腕・肢(足)・指などに欠損がありますか？	ある (部位                  ) ない
麻痺や力が入らず不自由なところがありますか？	ある (部位                  ) ない
筋力の低下がありますか？	ある (部位                  ) ない
関節が動きにくく、不自由なところがありますか？	ある (部位                  ) ない
関節のどこかに痛みがありますか？	ある (部位                  ) ない
自分の意思ではない体の動きがありますか？ (例えば、手の指がふるえる、顔面がけいれんするなど)	ある (部位                  ) ない
現在、床ずれ(じょくそう)がありますか？	ある (部位                  ) ない
床ずれ(じょくそう)以外の皮膚の病気がありますか？	ある (部位                  ) ない

(4-1)

屋外歩行ができますか？	・できる ・介助がいる ・できない
車いすを使用していますか？	・使用していない ・使用していて自分で操作できる ・使用していて介助がいる
杖、歩行器、シルバーカーなどの歩行補助具や装具を使用していますか？ (複数回答可)	・使用していない ・屋外で使用している ・屋内で使用している



堺地域医療連携支援センター 相談シート ①

相談日 年 月 日 ( )

相談者区分	<input type="checkbox"/> 医療関係者 <input type="checkbox"/> 介護関係者 <input type="checkbox"/> 基幹型包括支援センター <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター <input type="checkbox"/> 行政 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
所属名称		担当者名	
TEL		FAX	
住所	堺市内の場合 ( ) 区	堺市外の場合は住所をご記入ください	

相談内容の種類	<input type="checkbox"/> 退院支援に関する事	<input type="checkbox"/> かかりつけ医の紹介	<input type="checkbox"/> 在宅診療医の紹介
	<input type="checkbox"/> 訪問看護導入の相談	<input type="checkbox"/> 診療報酬に関する事	
	<input type="checkbox"/> 薬に関する事	<input type="checkbox"/> 歯科に関する事	
	<input type="checkbox"/> 在宅医療導入について	<input type="checkbox"/> その他 ( )	

相談趣旨

ご連絡方法	<input type="checkbox"/> FAX	
	<input type="checkbox"/> 電話	電話・面談を希望される場合は希望日をご記入ください <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 面談 ( 時頃)
	<input type="checkbox"/> メール	アドレス ( )

※介護サービスのみのご相談は、地域包括支援センターにご相談ください

堺市在宅歯科ケアステーション  
宛  
狭山美原歯科医師会  
在宅歯科ケアステーション

記入者名	ふりがな
所属・間柄等	
連絡先	TEL ( ) その他

## 歯科訪問診療申込書

(わかる範囲内でご記入ください)

申込日 年 月 日

受診者 お名前	ふりがな 男・女	生年月日 大正・昭和 年 月 日 ( 歳)
ご住所	〒	TEL ( ) FAX ( ) その他

介護者 お名前	ふりがな	本人との間柄(詳しく)
ご住所	〒	TEL ( ) FAX ( ) その他

介護支援 専門員	ふりがな お名前	所属
連絡先	〒	TEL ( ) FAX ( ) その他

(診療希望者の状況)

主 訴	1 入れ歯 …… 破損、痛み、作成、調子が悪い 2 歯が …… 痛い、ぐらぐらする、虫歯、とれた 3 歯ぐきが …… 痛い、腫れている、出血 4 口腔ケア …… 口臭、清掃、嚥下機能訓練	その他
かかりつけ 歯科医	あり ( 医院名 ) ・ なし	TEL ( ) FAX ( )
主治医	お名前 所属	TEL ( ) FAX ( )
主たる病名		
可能な姿勢	・ いすに座る ・ 車いすに乗る ・ ベッド等を起こした状態 ・ 寝たまま 特記事項 ( )	
介護区分	(要支援) 1 2 (要介護) 1 2 3 4 5	身障手帳 有( 級) ・ 無

堺市在宅歯科ケアステーション

FAX 072-243-3088

狭山美原歯科医師会在宅歯科ケアステーション

FAX 072-368-6657





# 訪問薬剤管理指導報告書

年 月 日

様

フリガナ		訪問日	年 月 日
患者氏名		訪問薬剤師	
	明・大・昭・平 年 月 日生	薬局名	
	性別 ( 男・女 ) 年齢 歳		
住所	〒	住所	〒
	TEL FAX	TEL	
介護度	申請中 区変中 要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5	FAX	

訪問の目標	
目標達成のためにやるべきこと	

既往歴 現疾患		管理状況	
他科受診	無・有	調剤方法	
併用薬品	無・有	サプリメント嗜好	
患者主訴			

指導内容	説明・指導対象者 本人 ・ 家族( ) ・ その他( )
報告事項	

薬剤師による訪問薬剤管理指導依頼書

*本人の同意について	
<input type="checkbox"/>	ご本人、ご家族の同意を得て、ご連絡いたします。 同意した日 年 月 日
<input type="checkbox"/>	ご本人の心身状況から同意は得られていませんが、ご本人のために必要がありますのでご連絡いたします。
ふりがな	生年月日 明・大・昭 年 月 日
患者 お名前	性 別 男 ・ 女 年齢 ( 歳)
	T E L
連絡先	ご住所
ふりがな	病院 ・ 主治医 ・ 介護支援専門員 ・ ご家族 その他( )
申込者 お名前	
連絡先	ご住所 TEL
依頼 内容	<input type="checkbox"/> コンプライアンス不良(服薬指導)
	<input type="checkbox"/> 飲み忘れの対処(一包化、剤形の再検討)
	<input type="checkbox"/> 重複、相互作用の要チェック
	<input type="checkbox"/> 薬剤によるADL低下の可能性(転倒など)
	<input type="checkbox"/> 副作用のチェック・再発防止が必要
	<input type="checkbox"/> 水分量のチェック
	<input type="checkbox"/> 処方内容の理解が不足
	<input type="checkbox"/> 剤型の要検討
	<input type="checkbox"/> 居宅療養薬剤管理指導が必要
	<input type="checkbox"/> 訪問服薬管理指導が必要
<input type="checkbox"/> 退院時カンファレンス	
<input type="checkbox"/> その他	
生活 情報	認知及び意思決定 <input type="checkbox"/> 問題なし <input 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 type="checkbox"/> やや不良 <input type="checkbox"/> 不良
	ADL <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 要介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	手指の機能 <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> やや不良 <input type="checkbox"/> 不良
	視力 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 見え難い <input type="checkbox"/> 見えない <input type="checkbox"/> 眼鏡使用
	聴力 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 聞こえ難い <input type="checkbox"/> 聞こえない <input type="checkbox"/> 補聴器使用
	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
	義歯装着 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (問題点: )
	薬剤管理 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他( )
	服用方法 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他( )
主な病名	服用薬剤
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"/> 骨折など(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( )

【備考】

主治医		TEL
介護支援専門員		TEL
主介護者情報	名前	関係
	住所	TEL



私が担当のケアマネージャーです。

事業所名		のりづけ
TEL		
FAX		
携帯電話		
担当者名		

病院	
提出先部署	御中

## 入院時連携シート

入院日 年 月 日

※患者様の退院の見通しがたてば上記事業所への連絡と看護サマリーをお願いします。 提出日 年 月 日

フリガナ氏名	様	生年月日	MTS 年 月 日	住所	市区
緊急連絡先	① (続柄) 住所 Tel	② (続柄) 住所 Tel		家族構成	□男性□女性(年齢) 郵便で結ぶ ☆キーパーソン
介護保険	申請中( / 付) ・ 要支援 ( 1・2 ) 要介護 ( 1・2・3・4・5 ) 認定有期間( ~ )				
かかりつけ医(連絡先)	① Tel	② Tel			
身障手帳等	無・有(身体・知的・精神・特疾) 内容・等級( )		住環境	持家・借家(一戸建・集合住宅・文化住宅) 住環境上の問題 / 無・有 トイレ 和式 洋式 段差 あり( 段) なし エレベーター あり なし 駐車場 あり なし	
既往歴					
介護サービス等	フォーマル(福祉サービス含む) <input type="checkbox"/> ヘルパー( /週) <input type="checkbox"/> 訪問看護( /週) <input type="checkbox"/> デイ( /週) <input type="checkbox"/> 訪問リハ( /週) <input type="checkbox"/> ショート <input type="checkbox"/> 福祉用具レンタル			インフォーマル(家族の介護力・支援状況含む)	
普段の移乗・移動	寝返り	自立・一部介助・全介助	食生活・口腔	摂取方法・形態等 自立・一部介助・全介助	
	起き上がり	自立・一部介助・全介助		経口(普通食・軟飯・粥・きざみ食・ミキサー食)	
移動	立ち上がり	自立・一部介助・全介助	清潔	経管 経鼻 Fr. PEG	
	座位	自立・一部介助・全介助		嚥下・口腔ケア 自立・一部介助・全介助	
排泄	立位	自立・一部介助・全介助	服薬状況	保清(入浴・清拭) 自立・一部介助・全介助	
	移乗	自立・一部介助・全介助		着脱・整容 自立・一部介助・全介助	
生活歴	歩行	自立・一部介助・全介助	認知症	自立・一部介助・全介助 一包化: 有・無	
	移動手段	杖・歩行器・車いす		インスリン: 有(自己管理・他者管理: )・無	
尿意[有・無] 便意[有・無] 失禁[有・無]			生活歴	無・有(軽度・中度・重度)	
<日中> 自立・尿器・トイレ・おむつ <夜間> 自立・トイレ・おむつ				短期記憶 <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり	
コミュニケーション障害など 支援無・有 (視力・聴力・発語など状況含む)			意思の伝達能力 <input type="checkbox"/> 伝えられる <input type="checkbox"/> いづらか困難 <input type="checkbox"/> 具体的要求に限られる <input type="checkbox"/> 伝えられない		
在宅での生活課題・その他特記事項			周辺症状 <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> その他		

\* このシートにおける個人情報の取り扱いについては、本人もしくは家族に同意を得ています。

\* 入院中の病院から転院する場合は、転院の病院へこのシートを提出してください。

\* 担当ケアマネージャーへは、転院先の病院から連絡を入れてください。

\* 間違っってFAXが届きましたら、お手数ですが上記連絡先までご連絡いただきますよう、お願いいたします。 2018.6.21ver.

多職種のための連絡票(自由様式)

年 月 日

宛 先	住所 〒 —	発信元	(名刺を貼ることができます)		
	氏名		住所 〒 —	TEL — —	FAX — —

ふりがな 利用者氏名	性別(男・女)	生年月日 明・大・昭・平	年	月	日	( 歳 )
( 未申請 申請中 自立 要支援 1 2 要介護 1 2 3 4 5 )						
住所 〒 —			TEL — —			FAX — —

『 』について