江東区

介護と医療の多職種連携シート

提供年月日:　令和　年　月　日

医療機関名 事業所名	□ 地域連携担当部署　御中
FAX	
様	この用紙含め （　　）枚

事業所名	
TEL	
FAX	
担当者名	

※ 以下の情報は、利用者本人及び家族の同意に基づき提供しています。

ふりがな 利用者氏名		男 女	明・大・昭・平 年　月　日（　）歳		
住所					
TEL/FAX		携帯			
緊急連絡先 （氏名）		本人との 関係		連絡先	
家族状況	□ 単身世帯　□ 夫婦のみ　□ 子と同居　□ その他（　） 主介護者（　）				
移動	□ 自立　□ 一部介助　□ 全介助（　）			障害高齢者 日常生活 自立度	ランク（　） (備考)
排泄	□ 自立　□ 一部介助　□ 全介助（　）				
食事摂取	□ 介助なし　□ 見守り等　□ 一部介助　□ 全介助 嚥下状況⇒　□ 良　□ 不良　咀嚼状況⇒　□ 良　□ 不良 形状⇒　□ ペースト　□ 刻み　□ ソフト食　□ 普通　□ 経管栄養				
内服管理	□ 本人　□ 家族（　）　□ その他（　）				
行動・心理 症状	□ 幻視・幻聴　□ 興奮　□ 焦燥・不安　□ 妄想　□ 暴力/攻撃性 □ 昼夜逆転　□ 不眠　□ 危険行為　□ 徘徊　□ 不潔行為 □ 介護への抵抗　□ 他（　）			認知症 日常生活 自立度	ランク（　） (備考)
特記事項 その他	入院年月日　令和　年　月　日 □ 詳細は電話連絡します　※ 添付資料⇒ □ あり　□ なし				

◆受診状況

既往歴 治療中の 疾患等					
かかりつけ 医療機関名		主治医 氏名		連絡 先	
		主治医 氏名		連絡 先	

◆介護保険状況

要介護度	支（1　2）　□ 申請中 介（1　2　3　4　5）	認定有効 期間	令和　年　月　日 ～ 令和　年　月　日
サービス 利用状況	□ 訪問介護　□ 通所介護　□ 訪問入浴　□ 福祉用具 □ 訪問診療　□ 訪問看護　□ その他（　）		

＊ 個人情報の漏洩防止のため、本票の取扱いには十分ご注意ください

（様式２）2023.3