

## (参考) 連携ツール記載事例集

様々な場面で、かかりつけ医等と連携する際の記載例を掲載しています。  
7. 活用方法とルール (P7,P8) を踏まえ、状況・場合に応じて作成・使用  
してください。

- ①介護保険「新規」要介護認定申請の場合……………P16, P17
- ②介護保険「更新」申請の場合……………P18, P19
- ③介護保険「区分変更」申請の場合……………P20, P21
- ④ケアプランに対する意見をいただく場合……………P22
- ⑤サービス担当者会議のご案内（開業医宛）…………… P23  
サービス担当者会議のご案内（訪問診療医宛）……………P24
- ⑥医療系サービスをケアプランに  
位置付ける際の助言をいただく場合（訪問リハ）……………P25  
  
医療系サービスをケアプランに  
位置付ける際の助言をいただく場合（訪問看護）……………P26
- ⑦軽度者の福祉用具レンタルに関する助言をいただく場合 P27～P30
- ⑧モニタリング時の状況報告の場合……………P31
- ⑨訪問依頼（歯科）の場合……………P32～P37  
訪問依頼（薬剤）の場合……………P38, P39
- ⑩その他（専門医の受診等）の場合……………P40, P41  
その他（入院の報告等）の場合……………P42～P44
- ⑪口腔や服薬状況の報告（ヘルパーやデイサービス等→ケアマネ）の場合  
……………P45

①連絡・相談票

医療機関名	〇〇クリニック	事業所名	介護事業所〇〇〇〇
医師名等	〇〇 〇〇 先生	担当者名	介護支援専門員 〇〇 〇〇
TEL	9〇〇—〇〇〇〇	TEL	9〇〇—〇〇〇〇
FAX	9〇〇—〇〇〇〇	FAX	9〇〇—〇〇〇〇
E-mail	iryuu@city.〇〇〇〇.or.jp	E-mail	kaigo@city.〇〇〇〇.or.jp

必要事項を  
チェック。

●利用者情報

フリガナ	マツヤマ タロウ	生年 月日	明治・大正・昭和・平成 〇年 〇月 〇日 ( 78歳)	性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男・ <input type="checkbox"/> 女
氏名	松山 太郎				
住所	松山市〇〇町〇丁目〇—〇		TEL	9〇〇—〇〇〇〇	
※介護保険	<input checked="" type="checkbox"/> 未申請(申請予定) <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 事業対象者 <input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5				

※ケアマネジャー → かかりつけ医等に送付する場合は記入

●ケアマネジャー等記載欄

令和 〇年 〇月 〇日

本票送付の目的： 連絡   相談   返信   返信の希望： 返信願います。   返信不要です。

介護保険(新規・更新・区分変更)の主治医意見書について   ケアプランに対するご意見  
サービス担当者会議について   訪問看護等、医療系サービスの利用について   入退院  
軽度者の福祉用具レンタルについて   モニタリング時の状況報告について   訪問依頼について

次回の受診日等の  
予定を確認し、適切な  
タイミングで依頼する。

お世話になります。御家族様からの相談で今回、新規で要介護認定申請をしますので、かかりつけ医である〇〇先生に主治医意見書の作成をお願いします。

次回の受診は来月〇日と御家族から聞いています。御参考までに、現在の生活状況を別紙の②連携シートにて提供しますので、主治医意見書作成時に御参照ください。

今後、介護サービスの御利用にあたって、サービス担当者会議の開催を予定していますが、その際には改めて御案内しますので、今後ともよろしく願います。

何か御不明な点等があれば御連絡ください。

今後の予定等を  
記入。

※今回の情報提供について、同意あり   留意事項あり(長男様の連絡先は非開示の意向です。)

※その他、利用者(患者)さまの疾患や身体状況等から、介護関係者が注意しておくべき生活上の留意点等についてご発言をい

同意について  
チェック。

添付資料：②連携シート   ケアプラン   その他(お薬手帳コピー)   添付無し

添付資料を必ずチェックする。

●医師・歯科医師・薬剤師等記載欄

令和 年 月 日

本票送付の目的： 連絡   相談   返信   返信の希望： 返信願います。   返信不要です。

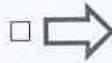
以下に回答します。   後日連絡します。   〇月 〇日 時 分頃連絡ください。   確認しました。

家族も無く本人の同意が得られない状況(独居で認知症等)であるが、身体・生命に関わるため、情報提供が必要な場合及び家族関係や収入状況といった一部の情報開示を希望しない場合など、留意事項があれば記入。

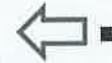
<b>1. 利用者(患者)基本情報</b>		(氏名) 松山 太郎	昭和〇年〇月〇日生
【住居】□持ち家 ■賃貸			【78歳】男・女
【形態】□戸建 ■集合住宅3階 (特記事項:エレベーター無し、屋内手すり無し。)			
【介護保険】■申請中 □事業対象者 □支1 □支2 □介1 □介2 □介3 □介4 □介5 (期間 ~ )			
【認知症高齢者日常生活自立度】□自立 □I □IIa ■IIb □IIIa □IIIb □IV □M		【障害手帳】■なし □あり ( 級)	
【障害高齢者日常生活自立度】□自立 ■J1 □J2 □A1 □A2 □B1 □B2 □C1 □C2		【指定難病医療受給証】■なし □あり	
【収入・年金等】■国民年金 ■厚生年金 □障害年金 □生活保護 (特記事項:)			
<b>2. 家族情報</b>		□独居 ■同居 同居者:妻、76歳、持病あり	主たる介護者:妻
			キーパーソン:妻、長男
【家族】		家族状況に関する特記事項: 長男は市外在住で日中仕事をしているため協力は限定的だが、妻は長男を頼りにしている。	
		連絡先①(氏名、続柄、住所、Tel)	
		連絡先②(氏名、続柄、住所、Tel)	
【介護力】□日中独居 ■高齢世帯 □家族が要介護状態/認知症 □サポートできる家族や支援者がいない			
<b>3. 現在の生活</b>		会社を定年退職後、町内会の役員等をしていたが5年前に辞めてからは、日中TVを見ながらほとんど自宅で過ごすようになり、外出はたまに近所の公園に行ったり、酒を買いに行く程度。	
【本人の生活状況・性格・趣味・関心等】			
【生活に関する意向】		本人:今までどおり自宅で暮らしたい。デイサービスなどは行きたくない。 家族:今のままでは心配、必要なら施設入所も検討したい。	
<b>4. 身体・生活機能の状況</b>		【起き上がり】■自立 □見守り □一部介助 □全介助	【立ち上がり】□自立 ■見守り □一部介助 □全介助
A	【移動】□自立 ■見守り □一部介助 □全介助	【移動手段】■杖 □歩行器 □車いす □その他( )	
	【排泄】■自立 □見守り □一部介助 □全介助	□ポータブルトイレ □おむつ □夜間のみ □その他( )	
D	【入浴】■自立 □見守り □一部介助 □全介助	□入浴補助具有り □デイサービス等にて入浴 □その他( )	
L	【食事】■自立 □見守り □一部介助 □全介助	■普通食 □きざみ食 □ミキサー食 □食事制限あり □水分制限あり	
	【整容】■自立 □見守り □一部介助 □全介助	【更衣】□■自立 □見守り □一部介助 □全介助	
【視力】□問題なし ■やや困難 □困難 ( )		【聴力】□問題なし ■やや困難 □困難 ( )	
【意思疎通】□問題なし ■やや困難 □困難 (理由: 難聴気味であるが、大きな声で話すと聞こえる。)			
【睡眠】□良 ■不良		【眠剤の使用】■なし □あり	【睡眠時間】 4~5時間
			【身長・体重】 160cm 70kg
【飲酒】□なし ■あり (1回:焼酎3~4合 程度を、週 5~6日)		【喫煙】□なし ■あり(1日 20本)	
【精神面における療養上の問題】		□なし □幻視・幻聴 ■興奮 □焦燥・不穏 ■妄想 □暴力・攻撃的 □介護への抵抗 □不眠 □昼夜逆転 □徘徊 □危険行為 □不潔行為 ■その他(物忘れ)	
		※頻度や程度(最近、物忘れがひどくなり、時折興奮して「泥棒に入られている」との妄想も出てきている。)	
【生活上の問題点や身体状況の変化等】		2~3カ月前から物忘れ等、認知機能の低下に加え、過度の飲酒により日常生活に支障をきたすようになってきている。時々興奮し、妻に暴言を吐くこともある。先週は浴室で転倒した。ここ最近で妻の介護負担やストレスが増加しており、介護サービスの導入が必要です。	
<b>5. 疾患・医療について</b>		【かかりつけ医】□なし ■あり (医療機関名: ○○クリニック 医師名: ○○ ○○)	
疾患名: 高血圧症		□治療済 ■治療中 (医療機関: ○○クリニック)	
【疾患歴】疾患名: 脳梗塞(7~8年前)		■治療済 □治療中 (医療機関: ∇∇病院)	
疾患名:		□治療済 □治療中 (医療機関: )	
【最近半年間での入院】■なし □あり (医療機関: ) □不明		【入院頻度】■低い □高い/繰り返している	
【医療処置】■なし □あり (内容: )			
<b>6. 口腔について</b>		【かかりつけ歯科医】□なし ■あり (歯科医療機関名: ○○歯科医院 歯科医師名: ○○ ○○)	
【嚥下機能】■むせない □時々むせる □常にむせる		【口腔清潔】□良 ■不良 □著しく不良	【口臭】■なし □あり
【義歯】□なし ■あり □義歯が合っていない		【その他症状】□歯が痛い □歯が動く □歯茎が腫れている □歯茎からの出血	
【口腔に関する特記事項】		口腔清掃はあまり行っていない様子。歯医者にはこの4~5年間行っていない。	
<b>7. 服薬について</b> ※必要に応じてお薬手帳(コピー)を添付		【かかりつけ薬局】□なし ■あり (薬局名: ○○薬局)	
【服薬】□なし ■あり ( 降圧剤、お薬手帳参照 )		【処方薬以外の服用】■なし □あり ( )	
【薬剤管理】□自己管理 ■他者が管理 ( 妻 )		【服薬状況】□処方どおり服用 ■時々飲忘れ □処方が守られていない	
【服薬に関する特記事項】		妻が薬を渡して服薬しているが、時々飲まない時があるとの事。(妻も時々忘れることがある。)	
<b>8. 介護サービス利用状況等</b>		□訪問介護 ( )	□訪問看護 ( )
【利用中のサービス】 ※事業所名、頻度、曜日など	□訪問入浴 ( )	□訪問入浴 ( )	
	□居宅療養管理指導 ( )	□通所介護 ( )	
	□通所リハ ( )	□短期入所 ( )	
	□福祉用具 ( )	□住宅改修 □その他 ( )	
【介護サービス利用に関する特記事項】		最近、自宅(浴室)で転倒したため、住宅改修にて手すりおよび、入浴補助用具の導入を検討。本人の機能低下に伴って妻の介護負担が大きくなっており、家にいると飲酒するため、妻は外出して欲しいとの意向であり、通所介護等の利用も併せて検討。	
<b>9. 備考</b>			

①連絡・相談票

医療機関名	〇〇クリニック
医師名等	〇〇 〇〇 先生
TEL	9〇〇—〇〇〇〇
FAX	9〇〇—〇〇〇〇
E-mail	iryu@city.〇〇〇〇.or.jp



事業所名	介護事業所〇〇〇〇
担当者名	介護支援専門員 〇〇 〇〇
TEL	9〇〇—〇〇〇〇
FAX	9〇〇—〇〇〇〇
E-mail	kaigo@city.〇〇〇〇.or.jp



●利用者情報

フリガナ	マツヤマ タロウ	生年 月日	明治・大正・昭和・平成 〇年 〇月 〇日 ( 78歳)	性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男・女
氏名	松山 太郎				
住所	松山市〇〇町〇丁目〇—〇	TEL	9〇〇—〇〇〇〇		
※介護保険	<input type="checkbox"/> 未申請(申請予定) <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 事業対象者 <input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input checked="" type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5				

※ケアマネジャー → かかりつけ医等に送付する場合は記入

●ケアマネジャー等記載欄

令和 〇年 〇月 〇日

本票送付の目的： 連絡   相談   返信   返信願います。   返信不要です。

■介護保険（新規・更新・区分変更）の主治医  
サービス担当者会議について   訪問看護等、医療サービス利用について

○認定の有効期間が何月で終了するか記入。

○次回診察予約日を確認し、適切な時期に依頼する。

○軽度者の福祉用具レンタルについて   モニタリング時の状況報告について   訪問依頼について   その他に相談

お世話になります、今回8月で要支援2の認定期間が終了します。御家族からの依頼で要介護認定更新をすることとなりました。つきましては、かかりつけ医である〇〇先生に主治医意見書の作成をお願いします。次回の予約は7月10日と聞いています。最近の認知症の症状については、攻撃的な言動や興奮状態等も顕著になってきています。御参考までに、現在の生活状況を別紙の②連携シートにて提供しますので、主治医意見書作成時に御参照ください。

今後、介護サービスの御利用にあたり、サービス担当者会議の開催を予定していますが、その際には改めて御案内しますので、今後ともよろしくお願ひします。

何か御不明な点等があれば御連絡ください。

○最近の心身の状態や生活状況について（改善した事や悪化した事を）、簡潔に記入。

※今回の情報提供について、同意あり   留意事項あり（

※その他、利用者（患者）さまの疾患や身体状況等から、介護関係者が注意しておくべき生活上の留意点等についてご助言をいただければと思います。添付資料：②連携シート   ケアプラン   その他（   ）   添付無し

●同意について   医師等記載欄

令和 年 月 日

本票送付の目的： 連絡   相談   返信   返信の希望：返信願います。   返信不要です。

以下に回答します。   後日連絡します。    月 日 時 分頃連絡ください。   確認しました。

○家族も無く本人の同意が得られない状況（独居で認知症等）であるが、身体・生命に関わるため、情報提供が必要な場合及び家族関係や収入状況といった一部の情報開示を希望しない場合など、留意事項があれば記入。

<b>1. 利用者(患者)基本情報</b>		(氏名) 松山 太郎	更新時主治医意見書を依頼する時の 介護度及び有効期間を記入。	年 〇月 〇日生 【性別】 男・女
【住居】■持ち家 □賃貸				
【形態】■戸建 □集合住宅 階 (特記事項: )				
【介護保険】□申請中 □事業対象者 □支1 □支2 □介1 ■介2 □介3 □介4 □介5 (期間 令和〇年〇月~令和〇年〇月末)				
【認知症高齢者日常生活自立度】□自立 □I □IIa ■IIb □IIIa □IIIb □IV □M		【障害手帳】■なし □あり ( 級)		
【障害高齢者日常生活自立度】□自立 □J1 □J2 ■A1 □A2 □B1 □B2 □C1 □C2		【指定難病医療受給証】■なし □あり		
【収入・年金等】■国民年金 □厚生年金 □障害年金 □生活保護 (特記事項: )				
<b>2. 家族情報</b>		■独居 □同居 同居者: 主たる介護者: キーパーソン: 長男		
【家族】		家族状況に関する特記事項: 他県の兄弟とは疎遠、3年前に妻が他界し長男以外の親族無し。		
		連絡先① (氏名、続柄、住所、TEL) 〇〇 〇〇、長男、〇〇市〇町〇丁目〇-〇 TEL090-1234-5678		
		連絡先② (氏名、続柄、住所、TEL) △△ △△、弟、△△町〇-〇 TEL090-9876-5432		
【介護力】□日中独居 □高齢世帯 □家族が要介護状態/認知症 ■サポートできる家族や支援者がいない				
<b>3. 現在の生活</b>		長年、自営で商売を営んでいたが15年前に廃業。他人に気をを使う反面、身内に厳しい一面があり兄弟とは不仲。特に趣味もなく、介護サービスを利用しながら何とか生活を送るのが精いっぱい状況。		
【本人の生活状況・性格・趣味・関心等】				
【生活に関する意向】		本人: 自宅で生活していきたい。 家族: できれば施設に入所して欲しい。自分の仕事や生活もあり、同居は難しい。		
<b>4. 身体・生活機能の状況</b>		【起き上がり】■自立 □見守り □一部介助 □全介助 【立ち上がり】□自立 ■見守り □一部介助 □全介助		
A D L	【移動】□自立 ■見守り □一部介助 □全介助	【移動手段】□杖 □歩行器 □車いす ■その他 (屋内伝い歩き、屋外は手引き)		
	【排泄】■自立 □見守り □一部介助 □全介助	□ポータブルトイレ □おむつ □夜間のみ ■その他 (リハビリパンツ使用)		
	【入浴】□自立 □見守り ■一部介助 □全介助	□入浴補助具有り ■デイサービス等にて入浴 □その他 ( )		
	【食事】■自立 □見守り □一部介助 □全介助	■普通食 □きざみ食 □ミキサー食 □食事制限あり □水分制限あり		
	【整容】■自立 □見守り □一部介助 □全介助	【更衣】■自立 □見守り □一部介助 □全介助		
【視力】□問題なし ■やや困難 □困難 ( )		【聴力】■問題なし □やや困難 □困難 ( )		
【意思疎通】□問題なし ■やや困難 □困難 (理由: 物忘れ等により多少困難な場合がある。)				
【睡眠】□良 ■不良 【眠剤の使用】■なし □あり 【睡眠時間】5~6 時間 【身長・体重】 155 cm 55 kg				
【飲酒】■なし □あり (1回: 程度を、週 日)		【喫煙】■なし □あり(1日 本)		
【精神面における療養上の問題】		□なし □幻視・幻聴 ■興奮 ■焦燥・不穏 ■妄想 □暴力・攻撃的 □徘徊 □危険行為 □不潔行為 ■その他 (物忘れ ※頻度や程度 ( 2.3ヶ月前よりイライラ感が増し、暴言等攻撃的な言動が )		
【生活上の問題点や身体状況の変化等】		先生から処方して頂いている認知症の薬はヘルパーが1週間分セットし、ご本人が朝服薬している。 ここ、3ヶ月前から、ケアマネが自宅訪問したおり感情不安定でイライラ感が増したように見受けられる。以前はケアマネの認識もあつたが、現在は混乱し違う人物での認識のようである。月に数回程度であるが、薬の多重服薬等も発生している状況である。		
<b>5. 疾患・医療について</b>		【かかりつけ医】□なし □あり (医療機関名: 〇〇病院 医師名: 〇〇 〇〇)		
疾患名: アルツハイマー型認知症 □治療済 ■治療中 (医療機関: 〇〇病院)				
【疾患歴】疾患名: 変形性腰椎症 □治療済 ■治療中 (医療機関: 〇〇整形外科)				
疾患名: 高血圧症 □治療済 ■治療中 (医療機関: 〇〇内科医院)				
【最近半年間での入院】■なし □あり (医療機関: ) □不明		【入院頻度】■低い □高い/繰り返している		
【医療処置】■なし □あり (内容: )				
<b>6. 口腔について</b>		【かかりつけ歯科医】■なし □あり (歯科医療機関名: 歯科医師名: )		
【嚥下機能】□むせない ■時々むせる □常にむせる		【口腔清潔】■良 □不良 □著しく不良 【口臭】■なし □あり		
【義歯】□なし ■あり □義歯が合っていない		【その他症状】□歯が痛い □歯が動く □歯茎が腫れている □歯茎からの出血		
【口腔に関する特記事項】		デイサービスにて歯磨きや義歯清掃は行っているが、自宅では不明。		
<b>7. 服薬について</b> ※必要に応じてお薬手帳(コピー)を添付		【かかりつけ薬局】□なし ■あり (薬局名: 〇〇薬局、▽▽薬局)		
【服薬】□なし ■あり ( 降圧剤、認知症の薬 )		【処方薬以外の服用】■なし □あり ( )		
【薬剤管理】□自己管理 ■他者が管理 ( ヘルパー、デイ職員 )		【服薬状況】■処方どおり服用 □時々飲忘れ □処方を守られていない		
【服薬に関する特記事項】		風邪等の罹患時に自己判断で多重服薬や服薬を中止する傾向がある。		
<b>8. 介護サービス利用状況等</b>		■訪問介護 ( 〇〇ヘルパーステーション、火、木午前 ) □訪問看護 ( )		
【利用中のサービス】		□訪問リハ ( ) □訪問入浴 ( )		
※事業所名、頻度、曜日など		□居宅療養管理指導 ( ) ■通所介護 ( デイサービス〇〇、月、水、金、土 )		
		□通所リハ ( ) □短期入所 ( )		
		■福祉用具 ( 杖 ) ■住宅改修 □その他 ( )		
【介護サービス利用に関する特記事項】		デイサービスも日によっては、なんらかの原因で不穏になる時があるが、スタッフがその事を理解しており、マンツーマンで対応している。訪問介護との関係は良好。		
<b>9. 備考</b>		キーパーソンは長男である。その長男の妻も病気で、仕事や妻の世話等心労が続いている。そのような大変な状況の中、土・日には、ゴミ捨てや買物の支援はしている。		

①連絡・相談票

医療機関名	〇〇クリニック
医師名等	〇〇 〇〇 先生
TEL	9〇〇—〇〇〇〇
FAX	9〇〇—〇〇〇〇
E-mail	iryuu@city.〇〇〇〇.or.jp



事業所名	介護事業所〇〇〇〇
担当者名	介護支援専門員 〇〇 〇〇
TEL	9〇〇—〇〇〇〇
FAX	9〇〇—〇〇〇〇
E-mail	kaigo@city.〇〇〇〇.or.jp

●利用者情報

フリガナ	マツヤマ タロウ	生年 月日	明治・大正・昭和・平成 〇年 〇月 〇日 ( 78歳)	性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男・ <input type="checkbox"/> 女
氏名	松山 太郎				
住所	松山市〇〇町〇丁目〇—〇		TEL	9〇〇—〇〇〇〇	
※介護保険	<input type="checkbox"/> 未申請(申請予定) <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 事業対象者 <input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input checked="" type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5				

※ケアマネジャー → かかりつけ医等に送付する場合は記入

●ケアマネジャー等記載欄

令和 〇年 〇月 〇日

本票送付の目的：	<input checked="" type="checkbox"/> 連絡 <input type="checkbox"/> 相談 <input type="checkbox"/> 返信	返信の希望：	<input type="checkbox"/> 返信願います。 <input checked="" type="checkbox"/> 返信不要です。
<input checked="" type="checkbox"/> 介護保険(新規・更新・ <b>区分変更</b> )の主治医意見書について <input type="checkbox"/> ケアプランに対するご意見について <input type="checkbox"/> サービス担当者会議について <input type="checkbox"/> 訪問看護等、医療系サービスの利用について <input type="checkbox"/> 入退院時の情報提供について <input type="checkbox"/> 軽度者の福祉用具レンタルについて <input type="checkbox"/> モニタリング時の状況報告について <input type="checkbox"/> 訪問依頼について <input type="checkbox"/> その他ご相談			
<p>お世話になります、最近認知症が進行し、一人で外出され、自宅に戻れず、この1ヶ月で2回警察に保護されました。また、御家族に対して突然怒るなど介護抵抗があり、介護負担が増大しています。そこで御家族とも相談し、区分変更申請を検討しています。つきましては、かかりつけ医である〇〇先生に区分変更申請の主治医意見書の作成をお願いします。御参考までに現在の生活状況を別紙の②連携シートにて提供しますので、主治医意見書作成時に御参照ください。</p> <p>今後、介護サービスのご利用にあたり、サービス担当者会議の開催を予定していますが、その際には改めてご案内しますので、今後ともよろしく願います。</p> <p>何か御不明な点等があれば御連絡ください。</p>			
<p>※今回の情報提供について、<input checked="" type="checkbox"/>同意あり   <input type="checkbox"/>留意事項あり ( )</p> <p>※その他、利用者(患者)さまの疾患や身体状況等から、介護関係者が注意しておくべき生活上の留意点等についてご助言をいただければと思います。添付資料：<input checked="" type="checkbox"/>②連携シート   <input type="checkbox"/>ケアプラン   <input type="checkbox"/>その他 ( )   <input type="checkbox"/>添付無し</p>			

区分変更の理由を記入。最近の心身の状態や生活状況について(改善した事や悪化した事を)、具体的に記入。

同意について  
チェック。

●医師等記載欄

令和 年 月 日

本票送付の目的：	<input type="checkbox"/> 連絡 <input type="checkbox"/> 相談 <input type="checkbox"/> 返信	返信の希望：	<input type="checkbox"/> 返信願います。 <input type="checkbox"/> 返信不要です。
<input type="checkbox"/> 以下に回答します。 <input type="checkbox"/> 後日連絡します。 <input type="checkbox"/> 月 日 時 分頃連絡ください。 <input type="checkbox"/> 確認しました。			
<p>家族も無く本人の同意が得られない状況(独居で認知症等)であるが、身体・生命に関わるため、情報提供が必要な場合及び家族関係や収入状況といった一部の情報開示を希望しない場合など、留意事項があれば記入。</p>			

<b>1. 利用者（患者）基本情報</b>		【氏名】 松山 太郎	昭和〇年〇月〇日生
【住居】 <input type="checkbox"/> 持ち家 <input checked="" type="checkbox"/> 賃貸		【78歳】 <input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
【形態】 <input type="checkbox"/> 戸建 <input checked="" type="checkbox"/> 集合住宅 3階（特記事項：エレベーター無し、屋内手すり無し）			
【介護保険】 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 事業対象者 <input type="checkbox"/> 支1 <input type="checkbox"/> 支2 <input checked="" type="checkbox"/> 介1 <input type="checkbox"/> 介2 <input type="checkbox"/> 介3 <input type="checkbox"/> 介4 <input type="checkbox"/> 介5（期間 令和〇年〇月～令和〇年〇月末）			
【認知症高齢者日常生活自立度】 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input checked="" type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M		【障害手帳】 <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ 級）	
【障害高齢者日常生活自立度】 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input checked="" type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2		【指定難病医療受給証】 <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
【収入・年金等】 <input checked="" type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 生活保護（特記事項：）			
<b>2. 家族情報</b>		<input type="checkbox"/> 独居 <input checked="" type="checkbox"/> 同居 同居者：妻、〇〇の持病あり 主たる介護者：妻 キーパーソン：長男	
【家族】 家族状況に関する特記事項： 妻は精神的に長男を頼っている。長男は日中仕事をしており介護への協力は限定的。			
連絡先①（氏名、続柄、住所、Tel） 〇〇 〇〇、長男、松山市〇〇町在住、TEL9〇〇-〇〇〇〇			
連絡先②（氏名、続柄、住所、Tel）			
【介護力】 <input type="checkbox"/> 日中独居 <input checked="" type="checkbox"/> 高齢世帯 <input type="checkbox"/> 家族が要介護状態/認知症 <input type="checkbox"/> サポートできる家族や支援者がいない			
<b>3. 現在の生活</b>		以前は、近所に旅行に行ったり活動的であったが、持病が悪化し3年前からは日中TVを見ながらほとんど自宅で過ごすようになり、たまに近所の公園へ行ったり、酒を買いに行ったりする程度。1年半前から認知症を発症している。最近一人で外出し、自宅に戻れず何度か警察にも保護されることがあり、目が離せない状態。	
【本人の生活状況・性格・趣味・関心等】		【生活に関する意向】 本人：このまま自宅での生活を続けたい。 家族：妻、介護サービスを増やしてほしい。長男、グループホーム等への入所も検討したい。	
<b>4. 身体・生活機能の状況</b>		【起き上がり】 <input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 【立ち上がり】 <input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
A	【移動】 <input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	【移動手段】 <input checked="" type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他（ ）	
	【排泄】 <input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	□ポータブルトイレ □おむつ □夜間のみ <input checked="" type="checkbox"/> その他（トイレの場所が分からない）	
D	【入浴】 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	□入浴補助具有り <input checked="" type="checkbox"/> デイスサービス等にて入浴 □その他（ ）	
L	【食事】 <input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	□普通食 □きざみ食 □ミキサー食 □食事制限あり □水分制限あり	
	【整容】 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	【更衣】 <input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
【視力】 <input type="checkbox"/> 問題なし <input checked="" type="checkbox"/> やや困難 <input type="checkbox"/> 困難（ ）		【聴力】 <input type="checkbox"/> 問題なし <input checked="" type="checkbox"/> やや困難 <input type="checkbox"/> 困難（ ）	
【意思疎通】 <input type="checkbox"/> 問題なし <input checked="" type="checkbox"/> やや困難 <input type="checkbox"/> 困難（理由： 難聴および、最近の認知機能低下により困難となってきている。 ）			
【睡眠】 <input type="checkbox"/> 良 <input checked="" type="checkbox"/> 不良		【眠剤の使用】 <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	【睡眠時間】 4～5時間 【身長・体重】 160 cm 75 kg
【飲酒】 <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（1回： 程度を、週 日）			
【精神面における療養上の問題】		□なし □幻視・幻聴 <input checked="" type="checkbox"/> 興奮 □焦燥・不穏 □妄想 □暴力・攻撃的 <input checked="" type="checkbox"/> 徘徊 □危険行為 □不潔行為 □その他（ ※頻度や程度（一人で外出し自宅へ戻れないことが、この1か月の間に2回あった。また、妻への暴言も増えて）	
【生活上の問題点や身体状況の変化等】		一人で外出し自宅へ戻れず警察へ保護されるなど、目が離せない状態である。妻が入浴や着替え、服薬等生活の場面場面で声掛けをすると、怒り出し手がつけられない状態である。お薬も「ワシはどこも悪くない。薬なんか飲まんでもええ。」となかなか飲まずことが難しく、妻も苦慮されている。妻の介護負担がかなり増大している為、デイスサービスの回数を増やす方向で検討している。	
<b>5. 疾患・医療について</b>		【かかりつけ医】 <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり（医療機関名： 〇〇クリニック 医師名： 〇〇 〇〇）	
疾患名： 高血圧症		<input type="checkbox"/> 治療済 <input checked="" type="checkbox"/> 治療中（医療機関： 〇〇クリニック）	
【疾患歴】疾患名： 糖尿病		<input type="checkbox"/> 治療済 <input checked="" type="checkbox"/> 治療中（医療機関： 〇〇糖尿病内科）	
疾患名： アルツハイマー型認知症		<input type="checkbox"/> 治療済 <input checked="" type="checkbox"/> 治療中（医療機関： 〇〇病院）	
【最近半年間での入院】 <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（医療機関： ） <input type="checkbox"/> 不明		【入院頻度】 <input checked="" type="checkbox"/> 低い <input type="checkbox"/> 高い/繰り返している	
【医療処置】 <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（内容： ）			
<b>6. 口腔について</b>		【かかりつけ歯科医】 <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（歯科医療機関名： 歯科医師名： ）	
【嚥下機能】 <input type="checkbox"/> むせない <input type="checkbox"/> 時々むせる <input checked="" type="checkbox"/> 常にむせる		【口腔清潔】 <input type="checkbox"/> 良 <input checked="" type="checkbox"/> 不良 <input type="checkbox"/> 著しく不良	【口臭】 <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
【義歯】 <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 義歯が合っていない		【その他症状】 <input type="checkbox"/> 歯が痛い <input type="checkbox"/> 歯が動く <input type="checkbox"/> 歯茎が腫れている <input type="checkbox"/> 歯茎からの出血	
【口腔に関する特記事項】 口腔清掃はあまり行っていない様子。			
<b>7. 服薬について</b> ※必要に応じてお薬手帳（コピー）を添付		【かかりつけ薬局】 <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり（薬局名： 〇〇薬局、□□薬局）	
【服薬】 <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり（添付のお薬手帳コピー参照）		【処方薬以外の服用】 <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）	
【薬剤管理】 <input type="checkbox"/> 自己管理 <input checked="" type="checkbox"/> 他者が管理（妻）		【服薬状況】 <input type="checkbox"/> 処方どおり服用 <input type="checkbox"/> 時々飲忘れ <input checked="" type="checkbox"/> 処方が守られていない	
【服薬に関する特記事項】 妻が薬を渡して服薬しようとするが、妻に対し怒りだし、飲まずことが難しい状態。			
<b>8. 介護サービス利用状況等</b>		<input type="checkbox"/> 訪問介護（ ） <input type="checkbox"/> 訪問看護（ ）	
【利用中のサービス】 ※事業所名、頻度、曜日など	□訪問リハ（ ） □訪問入浴（ ）		□通所介護（デイスサービス〇〇、月・火・木・金）
	□居宅療養管理指導（ ） □通所リハ（ ） □短期入所（ ）		
□福祉用具（杖、入浴補助具） □住宅改修 □その他（ ）			
【介護サービス利用に関する特記事項】		現在週4回デイスサービスに通っているが、限度額一杯サービスを利用している。ご本人の徘徊等あり、ご家族も疲弊しており、デイスサービスの回数増加を検討している為、区分変更申請を検討している。	
<b>9. 備考</b>			

生活状況の変化や困っていることを、ここへしっかりと記入。

①連絡・相談票

医療機関名	〇〇クリニック
医師名等	〇〇 〇〇 先生
T E L	9〇〇—〇〇〇〇
F A X	9〇〇—〇〇〇〇
E-mail	iryu@city.〇〇〇〇.or.jp



事業所名	介護事業所〇〇〇〇
担当者名	介護支援専門員 〇〇 〇〇
T E L	9〇〇—〇〇〇〇
F A X	9〇〇—〇〇〇〇
E-mail	kaigo@city.〇〇〇〇.or.jp



●利用者情報

フリガナ	マツヤマ タロウ	生年月日	明治・大正・昭和・平成 〇年 〇月 〇日 ( 78歳)	性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男・ <input type="checkbox"/> 女
氏名	松山 太郎				
住所	松山市〇〇町〇丁目〇—〇		TEL	9〇〇—〇〇〇〇	
※介護保険	<input type="checkbox"/> 未申請(申請予定) <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 事業対象者 <input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input checked="" type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5				

※ケアマネジャー → かかりつけ医等に送付する場合は記入

●ケアマネジャー等記載欄

令和 年 月 日

本票送付の目的： <input type="checkbox"/> 連絡 <input checked="" type="checkbox"/> 相談 <input type="checkbox"/> 返信	返信の希望： <input checked="" type="checkbox"/> 返信願います。 <input type="checkbox"/> 返信不要です。
<input type="checkbox"/> 介護保険(新規・更新・区分変更)について <input type="checkbox"/> サービス担当者会議について <input type="checkbox"/> 軽度者の福祉用具レンタルについて	
<input checked="" type="checkbox"/> ケアプランに対するご意見について <input type="checkbox"/> 利用について <input type="checkbox"/> 入退院時の情報提供について <input type="checkbox"/> 訪問依頼について <input type="checkbox"/> その他ご相談	
<p>お世話になります、現在、松山様は要介護1の認定を受け、<u>デイサービス・福祉用具貸与</u>を利用しています。歩行状態の悪化により、<u>デイサービスで入浴介助</u>を実施していますが、御本人の平均血圧が低く、収縮期血圧が100を下回る事が度々あります。そこで、入浴が許可できる血圧値について、先生の御意見や御助言をいただきたいと思っております。御参考までに、現在のケアプランを添付します。</p> <p>今後、介護サービスの見直し及び身体状態の悪化など必要時には、サービス担当者へ <input checked="" type="checkbox"/> 催しますが、その際には改めて御案内しますので、今後ともよろしく願います。</p> <p>何か御不明な点等があれば御連絡ください。</p>	
<p>※今回の情報提供について、<input checked="" type="checkbox"/>同意あり <input type="checkbox"/>留意事項あり ( )</p> <p>※その他、利用者(患者)さまの疾患や身体状況等から、介護関係者が注意しておくべき生活上の留意点等について御意見をいただければと思います。添付資料：<input type="checkbox"/>②連携シート <input checked="" type="checkbox"/>ケアプラン <input type="checkbox"/>その他 ( ) <input type="checkbox"/>添付無し</p>	

ここには、利用中のサービス種別等を記入。

その方の疾患や病状に対して、先生にご意見を頂きたいことを、具体的な状況を踏まえて記入。

同意についてチェック。

ケアプランは必ず添付。

師等記載欄	令和 年 月 日
<input type="checkbox"/> 連絡 <input type="checkbox"/> 相談 <input type="checkbox"/> 返信	<input type="checkbox"/> 返信願います。 <input type="checkbox"/> 返信不要です。
<input type="checkbox"/> 以下に回答します。 <input type="checkbox"/> 後日連絡します。 <input type="checkbox"/> 月 日 時 分頃連絡ください。 <input type="checkbox"/> 確認しました。	
<p>家族も無く本人の同意が得られない状況(独居で認知症等)であるが、身体・生命に関わるため、情報提供が必要な場合及び家族関係や収入状況といった一部の情報開示を希望しない場合などの、留意事項があれば記入。</p>	



松山市様式

①連絡・相談票

医療機関名	〇〇クリニック	事業所名	居宅介護支援事業所〇〇〇〇
医師名等	〇〇 〇〇 先生	担当者名	介護支援専門員 〇〇 〇〇
TEL	9〇〇—〇〇〇〇	TEL	9〇〇—〇〇〇〇
FAX	9〇〇—〇〇〇〇	FAX	9〇〇—〇〇〇〇
E-mail	iryuu@city.〇〇〇〇.or.jp	E-mail	kaigo@city.〇〇〇〇.or.jp

●利用者情報

フリガナ	マツヤマ タロウ	生年 月日	明治・大正・昭和・平成 〇年 〇月 〇日 ( 78 歳)	性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男・女
氏名	松山 太郎				
住所	松山市〇〇町〇丁目〇—〇	TEL	9〇〇—〇〇〇〇		
※介護保険	<input type="checkbox"/> 未申請(申請予定) <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 事業対象者 <input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input checked="" type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5				

※ケアマネジャー → かかりつけ医等に送付する場合は記入

●ケアマネジャー等記載欄

令和 〇年 〇月 〇日

本票送付の目的： 連絡   相談   返信   返信の希望： 返信願います。   返信不要です。

介護保険（新規・更新・区分変更）の主治医意見書について   ケアプランに対するご意見について  
サービス担当者会議について   訪問看護等、医療系サービスの利用について   入退院時の情報提供について  
軽度者の福祉用具レンタルについて   モニタリング時の状況報告について   訪問依頼について   その他ご相談

**【開業医様あり】**  
 お世話になります、上記の患者様から依頼を受け、介護支援計画(ケアプラン)を作成することになりました。  
 つきましては、御多忙中誠に恐れ入りますが、サービス担当者会議に御出席くださいますようお願い申し上げます。  
 御意見をいただきたい内容は別紙(照会用紙)を御確認ください。  
 なお、日程と場所については、〇月中に貴診療所で開催(30分程度)させていただきたいと思っておりますので、  
 開催の可否および出欠席について御返答をお願いします。御不明な点があれば御連絡ください。  
 ※今回の情報提供について、同意あり   留意事項あり ( )

※その他、利用者(患者)さまの疾患や身体状況等から、介護関係者が注意しておくべき生活上の留意点等について  
 ご助言をいただければと思います。添付資料：②連携シート   ケアプラン   その他 ( 照会用紙 )   添付無し

●薬剤師等記載欄

令和 年 月 日

同意について  
連絡   相談   返信   返信の希望：   照会用紙は各事業所で  
後日連絡します。   月 日 時 分   使用しているもので可。

出欠席・希望日時（チェック☑及び記載してください）

<input type="checkbox"/> 出席	第1希望	平成 年 月 日 曜日 時 分から
	第2希望	平成 年 月 日 曜日 時 分から
※調整が難しい場合は、患者様の都合を優先させていただきます。ご了承ください。		
<input type="checkbox"/> 欠席	※ご欠席の場合は、別紙(照会用紙)にご意見等をご記入の上、〇月〇日までにご返信ください。	

備考

家族も無く本人の同意が得られない状況  
 (独居で認知症等)であるが、身体・生命に  
 関わるため、情報提供が必要な場合及び  
 家族関係や収入状況といった一部の情報開示を  
 希望しない場合など、留意事項があれば記入。

①連絡・相談票

医療機関名	〇〇クリニック	事業所名	居宅介護支援事業所〇〇〇〇
医師名等	〇〇 〇〇 先生	担当者名	介護支援専門員 〇〇 〇〇
TEL	9〇〇-〇〇〇〇	TEL	9〇〇-〇〇〇〇
FAX	9〇〇-〇〇〇〇	FAX	9〇〇-〇〇〇〇
E-mail	iryuu@city.〇〇〇〇.or.jp	E-mail	kaigo@city.〇〇〇〇.or.jp

●利用者情報

フリガナ	マツヤマ タロウ	生年 月日	明治・大正・昭和・平成 〇年 〇月 〇日 ( 78 歳)	性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男・ <input type="checkbox"/> 女
氏名	松山 太郎				
住所	松山市〇〇町〇丁目〇-〇	TEL	9〇〇-〇〇〇〇		
※介護保険	<input type="checkbox"/> 未申請(申請予定) <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 事業対象者 <input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input checked="" type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5				

※ケアマネジャー → かかりつけ医等に送付する場合は記入

●ケアマネジャー等記載欄

令和 〇年 〇月 〇日

本票送付の目的： 連絡   相談   返信   返信の希望： 返信願います。   返信不要です。

介護保険（新規・更新・区分変更）の主治医意見書について   ケアプランに対するご意見について  
サービス担当者会議について   訪問看護等、医療系サービスの利用について   入退院時の情報提供について  
軽度者の福祉用具レンタルについて   モニタリング時の状況報告について   訪問依頼について   その他ご相談

**【訪問診療医様あり】**

お世話になります、上記の患者様から依頼を受け、介護支援計画(ケアプラン)を作成することになりました。つきましては、御多忙のところ誠に恐れ入りますが、サービス担当者会議に御出席くださいますようお願い申し上げます。御意見をいただきたい内容は別紙(照会用紙)を御確認ください。

なお、日程と場所については患者様の希望により〇月中に御自宅での開催を予定しており、会議は30分程度を予定しています。

出欠席について御返答をお願いします。御不明な点があれば御連絡ください。

※今回の情報提供について、 同意あり   留意事項あり ( )

※その他、利用者(患者)さまの疾患や身体状況等から、介護関係者が注意しておくべき生活上の留意点等についてご助言をいただければと思います。添付資料：②連携シート   ケアプラン   その他 ( 照会用紙 )   添付無し

同意について  
チェック。

薬剤師等記載欄

令和 年 月 日

連絡   相談   返信   返信の希望： 返  
以下に回答します。   後日連絡します。   〇 月 日 時 分頃

照会用紙は事業所で  
使用しているもので可。

出欠席・希望日時（チェック☑及び記載してください）

<input type="checkbox"/> 出席	第1希望	平成 年 月 日 曜日 時 分から
	第2希望	平成 年 月 日 曜日 時 分から
※調整が難しい場合は、患者様の都合を優先させていただきます。ご了承ください。		
<input type="checkbox"/> 欠席	※ご欠席の場合は、別紙(照会用紙)にご意見等をご記入の上、〇月〇日までにご返信ください。	

備考

家族も無く本人の同意が得られない状況（独居で認知症等）であるが、身体・生命に関わるため、情報提供が必要な場合及び家族関係や収入状況といった一部の情報開示を希望しない場合など、留意事項があれば記入。

①連絡・相談票

医療機関名	〇〇クリニック	事業所名	介護事業所〇〇〇〇
医師名等	〇〇 〇〇 先生	担当者名	介護支援専門員 〇〇 〇〇
TEL	9〇〇—〇〇〇〇	TEL	9〇〇—〇〇〇〇
FAX	9〇〇—〇〇〇〇	FAX	9〇〇—〇〇〇〇
E-mail	iryuu@city.〇〇〇〇.or.jp	E-mail	kaigo@city.〇〇〇〇.or.jp

●利用者情報

フリガナ	マツヤマ タロウ	生年 月日	明治・大正・昭和・平成 〇年 〇月 〇日 ( 78 歳)	性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男・ <input type="checkbox"/> 女
氏名	松山 太郎				
住所	松山市〇〇町〇丁目〇—〇	TEL	9〇〇—〇〇〇〇		
※介護保険	<input type="checkbox"/> 未申請(申請予定) <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 事業対象者 <input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input checked="" type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5				

※ケアマネジャー → かかりつけ医等に送付する場合は記入

●ケアマネジャー等記載欄

令和 〇年 〇月 〇日

本票送付の目的： 連絡   相談   返信      返信の希望：   返信願います。   返信不要です。

介護保険（新規・更新・区分変更）の主治医意見書について      ケアプランに対するご意見について  
サービス担当者会議について   訪問看護等、医療系サービスの利用について   入退院時の情報提供について  
軽度者の福祉用具レンタルについて   モニタリング時の状況報告について   訪問依頼について   その他ご相談

お世話になります。松山様から〇〇通所リハビリ利用の希望があったため、御照会します。  
脳梗塞後遺症による左片麻痺の既往があり、現状リハビリを行う機会が無く、在宅生活で起き上がり動作、入浴時のまたぎ動作といった日常生活動作に不安を感じており、特に自宅での入浴が一人で安全に行えるようになりたいとの意向があります。通所リハビリでのリハビリを通して身体機能維持向上、入浴動作などの適切な日常生活動作指導、また、脳梗塞の再発防止のため身体状態の定期的な確認を希望されています。今回松山様が利用を希望されている〇〇通所リハビリは、御自宅から近く、事業所の受け入れ対応も可能な事前確認が取れています。  
 松山様の通所リハビリの利用希望について、先生の御意見や留意事項等を頂ければと思います。よろしくお願います。

※今回の情報提供について、同意あり   留意事項あり（  
 ※その他、利用者(患者)さまの疾患や身体状況等から、介護関係者が注意  
 言をいただければと思います。添付資料：②連携シート   ケアプラン  

ご利用者の在宅でのADLの状態や、本人、家族からの具体的な要望等があれば記入する。

同意について  
チェック。

●医師等記載欄

令和 年 月 日

本票送付の目的： 連絡   相談   返信      返信の希望： 返信願います。   返信不要です。

以下に回答します。   後日連絡します。    月 日 時 分頃連絡ください。   確認しました。

家族も無く本人の同意が得られない状況（独居で認知症等）であるが、身体・生命に関わるため、情報提供が必要な場合及び家族関係や収入状況といった一部の情報開示を希望しない場合など、留意事項があれば記入。

①連絡・相談票

医療機関名	〇〇クリニック	事業所名	介護事業所〇〇〇〇
医師名等	〇〇 〇〇 先生	担当者名	介護支援専門員 〇〇 〇〇
TEL	9〇〇—〇〇〇〇	TEL	9〇〇—〇〇〇〇
FAX	9〇〇—〇〇〇〇	FAX	9〇〇—〇〇〇〇
E-mail	iryuu@city.〇〇〇〇.or.jp	E-mail	kaigo@city.〇〇〇〇.or.jp

●利用者情報

フリガナ	マツヤマ タロウ	生年 月日	明治・大正・昭和・平成 〇年 〇月 〇日 ( 78 歳)	性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男・女
氏名	松山 太郎				
住所	松山市〇〇町〇丁目〇—〇	TEL	9〇〇—〇〇〇〇		
※介護保険	<input type="checkbox"/> 未申請(申請予定) <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 事業対象者 <input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input checked="" type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5				

※ケアマネジャー → かかりつけ医等に送付する場合は記入

●ケアマネジャー等記載欄

令和 〇年 〇月 〇日

本票送付の目的： 連絡   相談   返信   返信の希望： 返信願います。   返信不要です。

介護保険（新規・更新・区分変更）の主治医意見書について   ケアプランに対するご意見について  
サービス担当者会議について   訪問看護等、医療系サービスの利用について   入退院時の情報提供について  
軽度者の福祉用具レンタルについて   モニタリング時の状況報告について   訪問依頼について   その他ご相談

お世話になります。松山様の糖尿病治療に係る介護保険での訪問看護導入を検討するにあたり、医学的見地からの御意見、留意事項を頂ければと思います。

松山様は、平成30年5月から要介護2の認定となっています。現在、自宅にて日常生活は妻の支援で維持されています。本人に糖尿病(2型)の既往があり、また認知症による短期記憶障害もみられ、インスリン自己注射の本人管理が困難となっています。貴院にて、本人及び妻に対しての食事療法指導、自己注射手技指導を頂いておりますが、御家族のみでは在宅での血糖値管理が困難となりつつあります。妻から、本人の体重や血糖値管理、また注射手技について継続した指導、助言を得たいとの御要望があります。

なお、訪問看護の利用を開始する場合、今後の医療連携をより円滑に行えるよう、先生から利用する訪問看護事業所の御提案があれば、併せて御連絡ください。

※今回の情報提供について、同意あり   留意事項あり ( )

※その他、利用者(患者)さまの疾患や身体状況等から、介護関係者が注意しておくべき事項を言いただければと思います。添付資料：②連携シート   ケアプラン   その他 ( )

訪問看護を導入する経緯や理由を具体的に記入する。

同意について  
チェック。

●医師等記載欄

令和 年 月 日

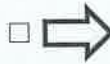
本票送付の目的： 連絡   相談   返信   返信の希望： 返信願います。   返信不要です。

以下に回答します。   後日連絡します。    月 日 時 分頃連絡ください。   確認しました。

家族も無く本人の同意が得られない状況（独居で認知症等）であるが、身体・生命に関わるため、情報提供が必要な場合及び家族関係や収入状況といった一部の情報開示を希望しない場合など、留意事項があれば記入。

①連絡・相談票

医療機関名	〇〇病院
医師名等	〇〇 〇〇 先生
T E L	9〇〇—〇〇〇〇
F A X	9〇〇—〇〇〇〇
E-mail	iryu@city.〇〇〇〇.or.jp



事業所名	介護事業所〇〇〇〇
担当者名	介護支援専門員 〇〇 〇〇
T E L	9〇〇—〇〇〇〇
F A X	9〇〇—〇〇〇〇
E-mail	kaigo@city.〇〇〇〇.or.jp



●利用者情報

フリガナ	マツヤマ タロウ	生年	明治・大正・昭和・平成 〇年 〇月 〇日	性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男・女
氏名	松山 太郎	月日	(78 歳)		

利用者・家族は何に困っていて、それをどの様に改善したいと希望しているのか、ケアマネジャーはどういう見解を持ち、福祉用具を利用することによってどの様な効果を期待しているか具体的に記述する。必要に応じて②連携シートを添付し、より詳細な情報を補足する。主治医の意見が必要な理由も添える。

〇〇〇〇
要支援 1 ■ 要支援 2
□ 要介護 5

●ケアマネジャー等記載欄

令和 〇年 〇月 〇日

本票送付の目的： 連絡 相談 返信 返信の希望： 返信願います。 返信不要です。

介護保険（新規・更新・区分変更）の主治医意見書について ケアプランに対するご意見について

サービス担当者会議について 訪問看護等、医療系サービスの利用について 入退院時の情報提供について

軽度者の福祉用具レンタルについて モニタリング時の状況報告について 訪問依頼について その他ご相談

お世話になります。御本人、御家族から特殊寝台レンタルの相談がありました。「布団で寝ているが、腰痛で寝起きの動作に苦勞している。夜トイレに起きる事も多いので、負担なく寝起きできる様にしたい。」との事です。

先週、夜間に腰痛で起き上がれずトイレを失敗した事があり、また、ぜんそく発作による呼吸不全に備える点からも背上げ(1モーター)、高さ調整機能のある特殊寝台を使用する事で、寝起き動作の痛みの軽減や安定性を確保したいと考えています。

松山 太郎 様は、要支援 2 で軽度者に該当するので、介護保険給付については主治医の先生の御意見をいただき、松山市に事前確認を取る必要があります。

つきましては、下記記載欄に御意見を頂きたいと思っております。御多忙のところ恐れ入りますが、よろしくお願ひします。

※今回の情報提供について、同意あり 留意事項あり ( )

※その他、利用者(患者)さまの疾患や身体状況等から、介護関係者が注意しておくべき生活上の留意点等についてご助言を頂きます。添付資料：②連携シート ケアプラン

同意について  
チェック。

●医師・歯科医師・薬剤師等記載欄

本票送付の目的： 連絡 相談 返信 返信

以下に回答します。 後日連絡します。 〇月 〇日

特殊寝台の必要性について：必要 不要

必要性についての意見：

家族も無く本人の同意が得られない状況（独居で認知症等）であるが、身体・生命に関わるため、情報提供が必要な場合及び家族関係や収入状況といった一部の情報開示を希望しない場合など、留意事項があれば記入。

※ケアマネジャーは、この相談・連絡票をもとに、サービス担当者会議を開催して、居宅サービス計画第4表「サービス担当者会議の要点」または、「介護予防支援経過記録」に記載し、別紙1(P21)の特定の状態像(i)～(iii)のいずれかに該当するかを判断できるようにしてください。

この①連絡・相談票のみで、軽度者の福祉用具レンタルを確約するものではありません。

<b>1. 利用者(患者)基本情報</b>		【氏名】 松山 太郎	昭和〇年〇月〇日生
【住居】 <input type="checkbox"/> 持ち家 <input checked="" type="checkbox"/> 賃貸		【78歳】 <input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
【形態】 <input type="checkbox"/> 戸建 <input checked="" type="checkbox"/> 集合住宅 3階 (特記事項: エレベーター無し、屋内手すり無し)			
【介護保険】 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 事業対象者 <input type="checkbox"/> 支1 <input checked="" type="checkbox"/> 支2 <input type="checkbox"/> 介1 <input type="checkbox"/> 介2 <input type="checkbox"/> 介3 <input type="checkbox"/> 介4 <input type="checkbox"/> 介5 (期間 令和〇年〇月~令和〇年〇月末)			
【認知症高齢者日常生活自立度】 <input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" 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		【障害手帳】 <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( 級)	
【障害高齢者日常生活自立度】 <input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" 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		【指定難病医療受給証】 <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
【収入・年金等】 <input checked="" type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 生活保護 (特記事項: )			
<b>2. 家族情報</b>		<input type="checkbox"/> 独居 <input checked="" type="checkbox"/> 同居 同居者: 妻 主たる介護者: 妻 キーパーソン: 長男	
家族状況に関する特記事項: 妻は精神的に長男を頼っている。長男は日中仕事をしており介護への協力は限定的。			
【家族】 連絡先① (氏名、続柄、住所、TEL) 〇〇 〇〇、妻、松山市〇〇町在住、TEL080-0000-0000			
連絡先② (氏名、続柄、住所、TEL) 〇〇 〇〇、長男、〇〇市〇〇町在住、TEL9〇〇-〇〇〇〇			
【介護力】 <input type="checkbox"/> 日中独居 <input checked="" type="checkbox"/> 高齢世帯 <input type="checkbox"/> 家族が要介護状態/認知症 <input type="checkbox"/> サポートできる家族や支援者がいない			
<b>3. 現在の生活</b>		趣味等特に無く、1日中TVを見ながらほとんど自宅で過ごしており、たまに近所の公園へ散歩に行ったりする程度。	
【本人の生活状況・性格・趣味・関心等】			
【生活に関する意向】		本人: このまま自宅での生活を続けたい。 家族: 妻、家で最期まで看てあげたいが不安もある。長男、将来的には施設を検討したい。	
<b>4. 身体・生活機能の状況</b>		【起き上り】 <input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 【立ち上り】 <input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
A D L	【移動】 <input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	【移動手段】 <input checked="" type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他 ( )	
	【排泄】 <input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	【ポータブルトイレ】 <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> 夜間のみ <input type="checkbox"/> その他 ( )	
	【入浴】 <input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	【入浴補助具】 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> デイスサービス等にて入浴 <input type="checkbox"/> その他 ( )	
	【食事】 <input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	【普通食】 <input checked="" type="checkbox"/> きざみ食 <input type="checkbox"/> ミキサー食 <input type="checkbox"/> 食事制限あり <input type="checkbox"/> 水分制限あり	
【整容】 <input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	【更衣】 <input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
【視力】 <input type="checkbox"/> 問題なし <input checked="" type="checkbox"/> やや困難 <input type="checkbox"/> 困難 ( )		【聴力】 <input type="checkbox"/> 問題なし <input checked="" type="checkbox"/> やや困難 <input type="checkbox"/> 困難 ( )	
【意思疎通】 <input checked="" type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや困難 <input type="checkbox"/> 困難 (理由: )			
【睡眠】 <input type="checkbox"/> 良 <input checked="" type="checkbox"/> 不良		【眠剤の使用】 <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	【睡眠時間】 4~5時間
【飲酒】 <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (1回: 程度を、週 日)			
【精神面における療養上の問題】		<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 焦燥・不穏 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 暴力・攻撃 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 危険行為 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> その他 ( ) ※頻度や程度 ( )	
【生活上の問題点や身体状況の変化等】		先週、本人宅にて食事を終えて下膳しようと立ち上がった際、方向転換でバランスを崩し、しりもち転倒された。同日〇〇整形外科を受診してレントゲン検査をしたが、軽い打撲で骨への異常は認められなかった。現在、寝具は布団を使用しているが、寝起きの動作も安定性を欠き、腰への負担も大きい様子。月に2、3回はぜんそく発作がある。	
<b>5. 疾患・医療について</b>		【かかりつけ医】 <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり (医療機関名: 〇〇クリニック 医師名: 〇〇 〇〇)	
疾患名: 腰椎圧迫骨折 (H28年5月)による腰痛		<input type="checkbox"/> 治療済 <input checked="" type="checkbox"/> 治療中 (医療機関: 〇〇整形外科)	
【疾患歴】疾患名: ぜんそく		<input type="checkbox"/> 治療済 <input checked="" type="checkbox"/> 治療中 (医療機関: 〇〇病院)	
疾患名:		<input type="checkbox"/> 治療済 <input type="checkbox"/> 治療中 (医療機関: )	
【最近半年間での入院】 <input type="checkbox"/> なし		【入院頻度】 <input type="checkbox"/> 低い <input checked="" type="checkbox"/> 高い/繰り返している	
【医療処置】 <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (内容: )			
<b>6. 口腔について</b>		【かかりつけ】 ( ) 歯科医師名: ( )	
【嚥下機能】 <input type="checkbox"/> むせない <input checked="" type="checkbox"/> 時々むせる <input type="checkbox"/> 常にむせる		【口腔清潔】 <input type="checkbox"/> 良 <input checked="" type="checkbox"/> 不良 <input type="checkbox"/> 著しく不良	
【義歯】 <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 義歯が合っていない		【口臭】 <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
【その他症状】 <input type="checkbox"/> 歯が痛い <input type="checkbox"/> 歯が動く <input type="checkbox"/> 歯茎が腫れている <input type="checkbox"/> 歯茎からの出血			
【口腔に関する特記事項】 口腔清掃はあまり行っていない様子。			
<b>7. 服薬について</b> ※必要に応じてお薬手帳(コピー)を添付		【かかりつけ薬局】 <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり (薬局名: 〇〇薬局)	
【服薬】 <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり (添付のお薬手帳コピー参照)		【処方薬以外の服用】 <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )	
【薬剤管理】 <input type="checkbox"/> 自		処方どおり服用 <input type="checkbox"/> 時々飲忘れ <input type="checkbox"/> 処方が守られていない	
【服薬に関する特			
<b>8. 介護サービス</b>		■訪問看護 (訪問看護〇〇、水曜午後)	
【利用中のサービス】		訪問入浴 ( )	
※事業所名、頻度、曜日など		■居宅療養管理指導 (〇〇クリニック) ■通所介護 (デイスサービス〇〇、月・火・木・金)	
		□通所リハ ( ) □短期入所 ( )	
		□福祉用具 ( ) □住宅改修 □その他 ( )	
【介護サービス利用に関する特記事項】		現在、要支援2の認定で軽度者に該当するため、特殊寝台のレンタルに関しては例外給付となり主治医の意見を得て松山市に事前確認を取る必要がある。例外給付が適用しない場合は、本人家族ともに自費でのレンタルを希望しています。	
<b>9. 備考</b>		長男は市外で日中仕事しているが、通院介助等多少の協力は可能。妻も高血圧の持病あり。	

いつからどの様に身体状況が変化し、生活にどの様な影響が出ているのかを具体的に記入。

福祉用具レンタルの根拠となる受傷歴、他医療機関受診歴などある場合は記入。

主治医の意見が必要な理由と、主治医が適用外と判断した場合の方向性が決まっていれば、併せて記入。

【 別紙1 】

特定の状態像

	状態像	例
(i)	疾病その他の原因により、状態が変動しやすく、日によって又は時間帯によって、頻繁に第95号告示第25号のイに該当する者	パーキンソン病の治療薬によるON・OFF現象
(ii)	疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに第95号告示第25号のイに該当するに至ることが確実に見込まれる者	がん末期の急速な状態変化
(iii)	疾病その他の原因により、身体への重大な危険性又は症状の重篤化の回避等医学的判断から第95号告示第25号のイに該当すると判断できる者	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ぜんそく発作等による呼吸不全</li> <li>・心疾患による心不全</li> <li>・嚥下障害による誤嚥性肺炎の回避</li> </ul>

第95号告示第25号のイに定める状態像の者と例外給付可否の判断基準

福祉用具の種類	第95号告示第25号のイに定める状態像の者	例外給付可否の判断基準	
		基本調査結果で判断 (この場合、松山市への事前確認は不要)	基本調査結果で判断できない場合
ア 車いす・ 車いす付属品 ※次のいずれかに 該当する者	(1) 日常的に歩行が困難な者	基本調査1-7 「3. できない」	—
	(2) 日常生活範囲において移動の支援が特に必要と認められる者	—	主治医から得た情報及び福祉用具専門相談員等の参加するサービス担当者会議等を通じた適切なケアマネジメントにより指定居宅介護支援事業者が給付可能と判断すれば可
イ 特殊寝台・ 特殊寝台付属品 ※次のいずれかに 該当する者	(1) 日常的に起き上がりが困難な者	基本調査1-4 「3. できない」	松山市へ事前確認を行い、承認を得れば給付可
	(2) 日常的に寝返りが困難な者	基本調査1-3 「3. できない」	松山市へ事前確認を行い、承認を得れば給付可
ウ 床ずれ防止用具・体位変換器	日常的に寝返りが困難な者	基本調査1-3 「3. できない」	松山市へ事前確認を行い、承認を得れば給付可
エ 認知症老人徘徊感知機器 ※次のいずれにも 該当する者	(1) 意思の伝達、介護者への反応、記憶又は理解に支障がある者	基本調査3-1 「1. 意見を他者に伝達できる」以外又は、 基本調査3-2～3-7のいずれか 「2. できない」 又は、 基本調査3-8～4-15のいずれか 「1. ない」以外 又は 主治医意見書に認知症の症状がある旨の記載	松山市へ事前確認を行い、承認を得れば給付可
	(2) 移動において全介助を必要としない者	基本調査2-2 「4. 全介助」以外	

オ	移動用リフト (つり具の部分を除く) ※次のいずれかに該当する者	(1) 日常的に立ち上がりが困難な者	基本調査 1-8 「3. できない」	松山市へ事前確認を行い、承認を得れば給付可
		(2) 移乗が一部介助又は全介助を必要とする者	基本調査 2-1 「3. 一部介助」 又は 「4. 全介助」	松山市へ事前確認を行い、承認を得れば給付可
		(3) 生活環境において段差の解消が必要と認められる者	—	主治医から得た情報及び福祉用具専門相談員等の参加するサービス担当者会議等を通じた適切なケアマネジメントにより指定居宅介護支援事業者が給付可能と判断すれば可
カ	自動排泄処理装置 (尿のみを吸引するものを除く) ※次のいずれにも該当する者	(1) 排便が全介助を必要とする者	基本調査 2-6 「4. 全介助」	松山市へ事前確認を行い、承認を得れば給付可
		(2) 移乗が全介助を必要とする者	基本調査 2-1 「4. 全介助」	



①連絡・相談票

医療機関名	〇〇クリニック
医師名等	〇〇 〇〇 先生
T E L	9〇〇—〇〇〇〇
F A X	9〇〇—〇〇〇〇
E-mail	iryuu@city.〇〇〇〇.or.jp



事業所名	介護事業所〇〇〇〇
担当者名	介護支援専門員 〇〇 〇〇
T E L	9〇〇—〇〇〇〇
F A X	9〇〇—〇〇〇〇
E-mail	kaigo@city.〇〇〇〇.or.jp

●利用者情報

フリガナ	マツヤマ タロウ	生年	明治・大正・昭和・平成 〇年 〇月 〇日 ( 78 歳)	性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男・ <input type="checkbox"/> 女
氏名	松山 太郎	住所	松山市△△町〇丁目〇—〇		
TEL	9〇〇—〇〇〇〇				
※介護保険	<input type="checkbox"/> 未申請(申請予定) <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 事業対象者 <input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input checked="" type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5				

※ケアマネジャー → かかりつけ医等に送付する場合は記入

●ケアマネジャー等記載欄

令和 〇年 〇月 〇日

本票送付の目的： 連絡   相談   返信   返信の希望： 返信願います。   返信不要です。

介護保険（新規・更新・区分変更）の主治医意見書について   ケアプランに対するご意見について

サービス担当者会議について   訪問看護等、医療系サービスの利用について   入退院時の情報提供について

軽度者の福祉用具レンタルについて   モニタリング時の状況報告について   訪問依頼について   その他ご相談

お世話になります。今回、居宅サービス計画の実施状況について報告させていただくと共に、現在の松山様の状況について医学的見地からの留意事項等の意見をいただければと思います。

〇〇通所介護より情報提供があり、体重が、8月は51kg⇒9月は47kgと減少が見られます。生活面では、食事の量が減った等の変化はないようです。次回受診は〇月〇日と聞いていますが、急ぎの受診の必要がありますでしょうか。

現在、訪問介護が週2回の支援で、掃除や洗濯を行って清潔に過ごされています。お薬の管理も含め、引き続き支援を行います。

何か御不明な点等があれば御連絡ください。

※今回の情報提供について、同意あり   留意事項あり（

※その他、利用者（要介護者）の疾患や身体状況等から、介護関係者（ケアマネジャー）の意見をい

添付資料：②連携シート   ケアプラン

同意について  
チェック。

より具体的な利用者状況や解決に向けた提案などをプラスすることで、主治医が具体的にアドバイスしやすい内容を記入。（例：服薬状況、口腔機能、体重の増減、食事の回数、下痢や便秘、皮膚の状態など）

●医師・歯科医師・薬剤師等記載欄

令和 年 月 日

本票送付の目的： 連絡   相談   返信   返信の希望： 返信願います。   返信不要です。

以下に回答します。   後日連絡します。   〇 月 日 時 分頃連絡ください。   確認しました。

家族も無く本人の同意が得られない状況（独居で認知症等）であるが、身体・生命に関わるため、情報提供が必要な場合及び家族関係や収入状況といった一部の情報開示を希望しない場合など、留意事項があれば記入。

歯科通院が困難な方へ

# 歯医者さんが 訪問します。

松山市歯科医師会では、通院が困難な方のご自宅や施設へ歯科医が訪問し、  
歯科治療を行っています。

自宅や施設へ  
訪問します。



## お申し込み手順

### FAXにてお申し込み

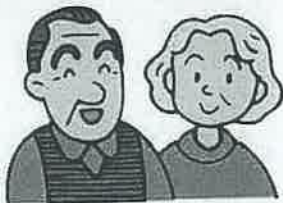
「訪問歯科診療申込書」で  
松山市歯科医師会  
(総合歯科医療連携室)に  
FAXにて申し込みます。

### 連携室から担当歯科医へ

総合歯科医療連携室で  
かかりつけ歯科医・  
場所等を考慮の上  
担当歯科医を決定します。

### 担当歯科医からの連絡

担当歯科医からお申込者  
への連絡があります。  
訪問日時等を決定します。



### 訪問診療

診療方針・治療計画に基づいて  
訪問治療を行います。

お申し込み・お問い合わせは

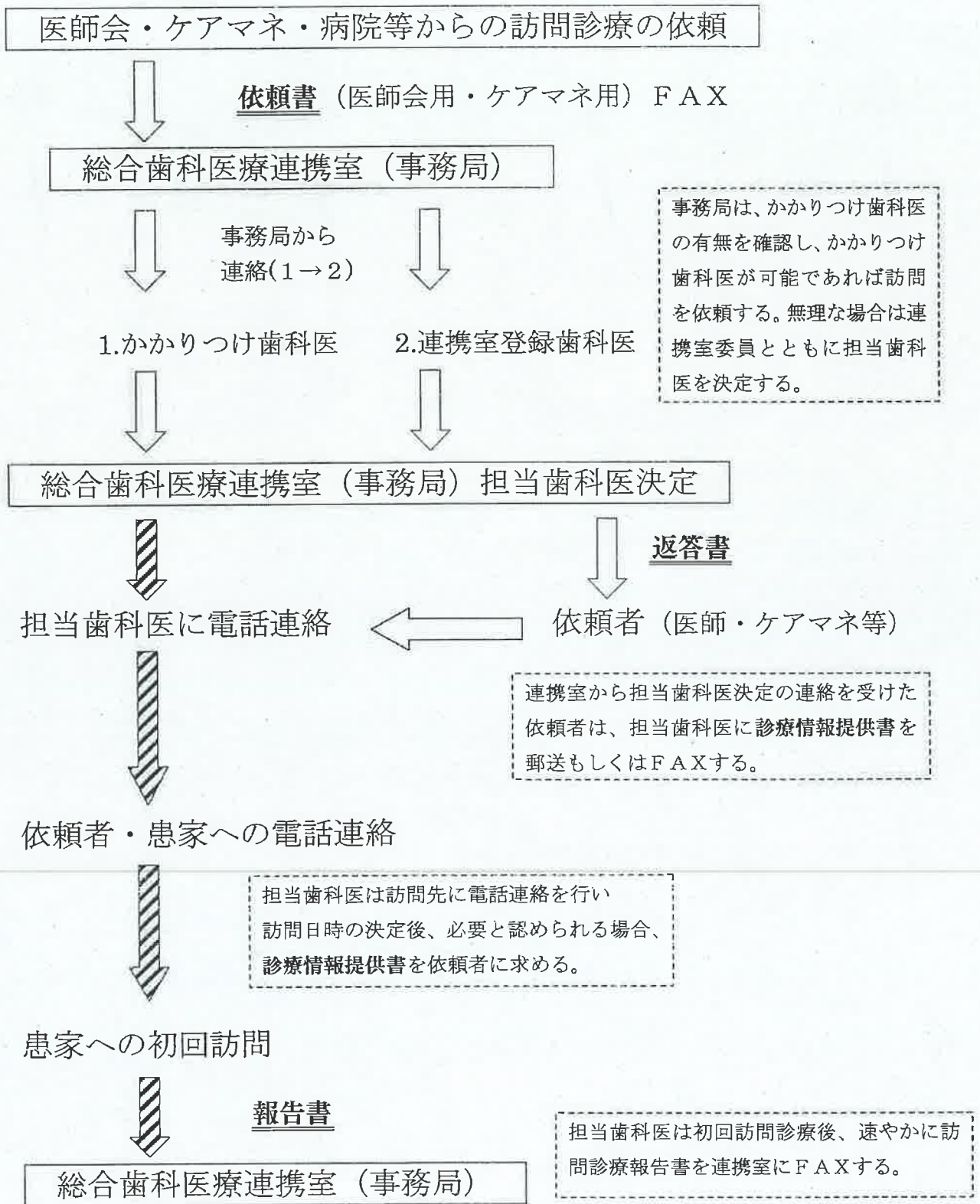
FAX 089(947)8654 TEL 089(932)5407

一般社団法人 **松山市歯科医師会**

総合歯科医療連携室

〒790-0014 松山市柳井町2丁目6-2  
MAIL: matsushi@ilac.ocn.ne.jp  
URL: <http://www.matsushi.com/>

# 総合歯科医療連携室利用のフローチャート



※ 担当歯科医は初回訪問以降、訪問治療期間を通じて必要に応じて依頼者に対して診療情報提供書を作成し、郵送もしくはFAXする。(適宜)

# 訪問歯科診療申込書

連携室	事務

(宛先：総合歯科医療連携室 FAX 947-8654)

☎ 089-932-5407 令和 年 月 日

ご依頼ケアマネージャー 事業所名 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

電話 \_\_\_\_\_

患者氏名 \_\_\_\_\_ 男・女 \_\_\_\_\_ 歳 \_\_\_\_\_

訪問先住所・電話

☎ —

(施設の場合、いずれかを○で囲んでください) 施設系・居宅系 \_\_\_\_\_

全身の状態・傷病名 \_\_\_\_\_

訪問希望日時・時間帯 \_\_\_\_\_

利用者の状況

該 当 箇 所 に  チ ェ ッ ク を  入 れ て く だ さ い
---

- |                                   |                                  |
|-----------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 口が汚れている  | <input type="checkbox"/> 飲み込みが悪い |
| <input type="checkbox"/> 口が臭う     | <input type="checkbox"/> むせる     |
| <input type="checkbox"/> 歯が痛い     | <input type="checkbox"/> その他     |
| <input type="checkbox"/> 歯が動く     | ( )                              |
| <input type="checkbox"/> かめない     |                                  |
| <input type="checkbox"/> 傷がある     |                                  |
| <input type="checkbox"/> 入れ歯が合わない |                                  |

お願い    かかりつけの歯科医院がございましたら、  
ご記入願います \_\_\_\_\_

承諾書    ご依頼に対する本人または家族の承諾  
(署名あるいは押印をお願いします) \_\_\_\_\_

注意      訪問日時、時間帯はご期待に沿えない場合もありますが、ご了承ください

## 松山市医科歯科連携訪問歯科診療 返答書

令和 年 月 日

先生・様

いつもお世話になります

月 日 ご依頼いただいた（ 様）の

訪問歯科診療について、下記の連携室登録歯科医が

担当することになりましたので、ご報告申し上げます。

お手数ですが、担当歯科医まで診療情報提供書を郵送もしくは

FAXにて、ご送付お願い申し上げます。

担当歯科医師名	
歯科医院名	
電話・FAX	— Fax ( — )
備考	

松山市歯科医師会総合歯科医療連携室

Fax 089-947-8654 ☎ 089-932-5407

訪問歯科診療申込書(P34)にて、事前に総合歯科医療連携室にFAXで依頼し、訪問歯科医師が決定(P35)したら、その歯科医師に①連絡・相談票、②連携シートを送付する。

①連絡・相談票

事業所名	介護事業所〇〇〇〇
担当者名	介護支援専門員 〇〇 〇〇
T E L	9〇〇—〇〇〇〇
F A X	9〇〇—〇〇〇〇
E-mail	kaigo@city.〇〇〇〇.or.jp

●利用者情報

フリガナ	マツヤマ タロウ	生年月日	明治・大正・昭和・平成 〇年 〇月 〇日 ( 78 歳)	性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男・ <input type="checkbox"/> 女
氏名	松山 太郎				
住所	松山市〇〇町〇丁目〇—〇	TEL	9〇〇—〇〇〇〇		
※介護保険	<input type="checkbox"/> 未申請(申請予定) <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 事業対象者 <input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input checked="" type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5				

※ケアマネジャー → かかりつけ医等に送付する場合は記入

●ケアマネジャー等記載欄

令和 〇年 〇月 〇日

本票送付の目的：	<input type="checkbox"/> 連絡 <input checked="" type="checkbox"/> 相談 <input type="checkbox"/> 返信	返信の希望：	<input checked="" type="checkbox"/> 返信願います。 <input type="checkbox"/> 返信不要です。
<input type="checkbox"/> 介護保険（新規・更新・区分変更）の主治医意見書について <input type="checkbox"/> ケアプランに対するご意見について <input type="checkbox"/> サービス担当者会議について <input type="checkbox"/> 訪問看護等、医療系サービスの利用について <input type="checkbox"/> 訪問診療が必要な状況を記入。 <input type="checkbox"/> 軽度者の福祉用具レンタルについて <input type="checkbox"/> モニタリング時の状況報告について <input checked="" type="checkbox"/> 訪問依頼について <input type="checkbox"/> その他ご相談		お世話になります。松山太郎様の御自宅での状況をお知らせします。 現在寝たきりの状態で、集合住宅3階に住んでおり、長男が仕事で都合がつかない場合は妻一人での通院介助は困難な状況です。 最近、介護への抵抗が見られるようになり、以前のように口腔清掃が行えていない様子です。介助者である妻も、ブラッシング方法や口腔清掃の際に姿勢が保てないなど、どのようにすれば良いか分からず、お困りの様子です。具体的なお口のお手入れ方法など御指導をお願いしたいと考えています。 初回訪問後、検診の結果や今後の訪問予定などお知らせ頂ければ助かります。 <input type="checkbox"/> お願い 訪問依頼に至った具体的なエピソードを記入。	
※今回の情報提供について、 <input checked="" type="checkbox"/> 同意あり <input type="checkbox"/> 留意事項あり（ ※その他、利用者（患者）さまの疾患や身体状況等から、介護関係者が注意しておくべき生活上の留意点等についてご助言を <input type="checkbox"/> 同意について <input type="checkbox"/> 添付資料： <input checked="" type="checkbox"/> ②連携シート <input type="checkbox"/> ケアプラン <input type="checkbox"/> その他（ <input type="checkbox"/> 添付無し		<input checked="" type="checkbox"/> 同意あり <input type="checkbox"/> 留意事項あり（	

同意について  
チェック。

②連携シートを必ず添付する。

●医師・歯科医師・薬剤師等記載欄

令和 年 月 日

本票送付の目的：	<input type="checkbox"/> 連絡 <input type="checkbox"/> 相談 <input type="checkbox"/> 返信	返信の希望：	<input type="checkbox"/> 返信願います。 <input type="checkbox"/> 返信不要です。
<input type="checkbox"/> 以下に回答します。 <input type="checkbox"/> 後日連絡します。 <input type="checkbox"/> 月 日 時 分頃連絡ください。 <input type="checkbox"/> 確認しました。			
家族も無く本人の同意が得られない状況（独居で認知症等）であるが、身体・生命に関わるため、情報提供が必要な場合及び家族関係や収入状況といった一部の情報開示を希望しない場合など、留意事項があれば記入。			

②連携シート

令和〇年〇月〇日

<b>1. 利用者（患者）基本情報</b>		【氏名】 松山 太郎	昭和〇年〇月〇日生
【住居】 <input type="checkbox"/> 持ち家 ■賃貸			【78歳】 <input type="checkbox"/> 男・女
【形態】 <input type="checkbox"/> 戸建 ■集合住宅 3階（特記事項：エレベーター無し、屋内手すり無し）			
【介護保険】 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 事業対象者 <input type="checkbox"/> 支1 <input type="checkbox"/> 支2 <input type="checkbox"/> 介1 <input type="checkbox"/> 介2 <input type="checkbox"/> 介3 ■介4 <input type="checkbox"/> 介5（期間 令和〇年〇月～令和〇年〇月末）			
【認知症高齢者日常生活自立度】 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa ■IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M		【障害手帳】 <input type="checkbox"/> なし ■あり（身体、2級）	
【障害高齢者日常生活自立度】 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 ■B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2		【指定難病医療受給証】 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
【収入・年金等】 <input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 ■障害年金 <input type="checkbox"/> 生活保護（特記事項：）			
<b>2. 家族情報</b>		<input type="checkbox"/> 独居 ■同居 同居者：妻 主たる介護者：妻 キーパーソン：長男	
家族状況に関する特記事項： 長男は市外で日中仕事しているが、通院介助等多少の協力は可能。妻も〇〇の持病あり。			
【家族】		連絡先①（氏名、続柄、住所、TEL）〇〇 〇〇、長男、松山市〇〇町在住、TEL9〇〇-〇〇〇〇	
		連絡先②（氏名、続柄、住所、TEL）	
【介護力】 <input type="checkbox"/> 日中独居 ■ <input type="checkbox"/> 高齢世帯 <input type="checkbox"/> 家族が要介護状態/認知症 <input type="checkbox"/> サポートできる家族や支援者がいない			
<b>3. 現在の生活</b>		日中はベッド上でTVを見ながら過ごしている。妻への依存心が強く、妻の姿が見えないと大声で叫ぶ。	
【本人の生活状況・性格・趣味・関心等】			
【生活に関する意向】		本人：自宅で生活したい。 家族：介護負担が大きくなっており、できれば施設に入所して欲しい。	
<b>4. 身体・生活機能の状況</b>		【起き上り】 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 【立ち上り】 <input type="checkbox"/> 自立 ■ <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
A D L	【移動】 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 ■ <input type="checkbox"/> 全介助	【移動手段】 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 ■ <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他（）	
	【排泄】 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 ■ <input type="checkbox"/> 全介助	□ポータブルトイレ ■おむつ □夜間のみ □その他（）	
	【入浴】 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 ■ <input type="checkbox"/> 全介助	□入浴補助具有り ■デイスサービス等にて入浴 □その他（）	
	【食事】 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り ■ <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	■普通食 □きざみ食 □ミキサー食 □食事制限あり □水分制限あり	
	【整容】 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り ■ <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	【更衣】 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
【視力】 <input type="checkbox"/> 問題なし ■やや困難 <input type="checkbox"/> 困難（）		【聴力】 <input type="checkbox"/> 問題なし ■やや困難 <input type="checkbox"/> 困難（）	
【意思疎通】 <input type="checkbox"/> 問題なし ■やや困難 <input type="checkbox"/> 困難（理由： 難聴や物忘れ等により多少困難な場合がある。）			
【睡眠】 <input type="checkbox"/> 良 ■ <input type="checkbox"/> 不良		【眠剤の使用】 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	【睡眠時間】5～6 時間
【飲酒】 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（1回：		程度を、週 日）	【喫煙】 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（1日 本）
【精神面における療養上の問題】		□なし □幻視・幻聴 ■興奮 □焦燥・不穏 ■妄想 □暴力・攻撃的 ■介護への抵抗 □徘徊 □危険行為 □不潔行為 ■その他（物忘れ ※頻度や程度（2～3ヶ月前よりイライラ感が増し、暴言等攻撃的な言動が見られる。）	
【生活上の問題点や身体状況の変化等】		2～3カ月くらい前から物忘れ等、認知機能の低下が目立ち、時々妻に暴言を吐くこともある。依存心も強く、妻の姿が見えないと不安になり大声で叫ぶ。最近、口腔清掃をしようとする口を開けてくれない、姿勢が保てない等で介助者である妻も困っている。妻への依存心が強い一方で介護に対する抵抗も見られ、口腔清掃が実施できていない。	
<b>5. 疾患・医療について</b>		【かかりつけ医】 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（医療機関名： 〇〇病院 医師名： 〇〇 〇〇）	
疾患名： 高血圧症		<input type="checkbox"/> 治療済 ■ <input type="checkbox"/> 治療中（医療機関： 〇〇クリニック）	
【疾患歴】疾患名： 脳梗塞（7～8年前）		■ <input type="checkbox"/> 治療済 <input type="checkbox"/> 治療中（医療機関： 〇〇病院）	
疾患名：		<input type="checkbox"/> 治療済 <input type="checkbox"/> 治療中（医療機関：）	
【最近半年間での入院】 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（医療機関：）		<input type="checkbox"/> 不明 【入院頻度】	
【医療処置】 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（内容：）			
<b>6. 口腔について</b>		【かかりつけ歯科医】 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（歯科医療機関名： 歯科医師名：）	
【嚥下機能】 <input type="checkbox"/> むせない ■時々むせる □常にむせる		【口腔清潔】 <input type="checkbox"/> 良 ■ <input type="checkbox"/> 不良 □著しく不良	
【義歯】 <input type="checkbox"/> なし ■ <input type="checkbox"/> あり ■義歯が合っていない		【その他症状】 <input type="checkbox"/> 歯が痛い <input type="checkbox"/> 歯が動く <input type="checkbox"/> 歯茎が腫れている <input type="checkbox"/> 歯茎からの出血	
【口腔に関する特記事項】 最近、歯磨きを嫌がるようになってきている。食事の際に義歯が外れることがある。			
<b>7. 服薬について</b> ※必要に応じてお薬手帳（コピー）を添付		【かかりつけ薬局】 <input type="checkbox"/> なし ■ <input type="checkbox"/> あり（薬局名： 〇〇薬局、▽▽薬局）	
【服薬】 <input type="checkbox"/> なし ■ <input type="checkbox"/> あり（降圧剤）		【処方薬以外の服用】 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（）	
【薬剤管理】 <input type="checkbox"/> 自己管理 ■ <input type="checkbox"/> 他者が管理（妻）		【服薬状況】 <input type="checkbox"/> 処方どおり服用 ■時々飲忘れ □処方を守られていない	
【服薬に関する特記事項】 妻が朝夕に薬を飲ませているが、時々飲まないことがある。			
<b>8. 介護サービス利用状況等</b>		■訪問介護（〇〇ヘルパーステーション、月～金午前） □訪問看護（）	
【利用中のサービス】		□訪問リハ（） □訪問入浴（）	
※事業所名、頻度、曜日など		□居宅療養管理指導（） ■通所介護（デイスサービス〇〇、月、水、金、土）	
		□通所リハ（） ■短期入所（〇〇病院、月2回程度）	
		■福祉用具（電動ベッド） ■住宅改修 □その他（）	
【介護サービス利用に関する特記事項】		妻の介護負担が増加しており、月2回程度（週末）ショートステイの利用をするようになった。ヘルパー訪問時は機嫌良く過ごし、おむつ交換等にも抵抗しないが、妻だけになると拒否的な態度を取る傾向にある。デイスサービスでの入浴は楽しみにしている。	
<b>9. 備考</b>		集合住宅で来客用の駐車場はありません。近隣に有料駐車場があります。訪問の際に留意すること等。	

訪問依頼に至った具体的なエピソードを記入。

歯科訪問依頼の際には、この項目をしっかりと記入。

①連絡・相談票

医療機関名	〇〇〇薬局	事業所名	介護事業所〇〇〇〇
医師名等	薬剤師△△△様	担当者名	介護支援専門員 〇〇 〇〇
TEL	9〇〇—〇〇〇〇	TEL	9〇〇—〇〇〇〇
FAX	9〇〇—〇〇〇〇	FAX	9〇〇—〇〇〇〇
E-mail	iryou@city.〇〇〇〇.or.jp	E-mail	kaigo@city.〇〇〇〇.or.jp

●利用者情報

フリガナ	マツヤマ タロウ	生年 月日	明治・大正・昭和・平成 〇年 〇月 〇日 ( 78 歳)	性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男・女
氏名	松山 太郎				
住所	松山市〇〇町〇丁目〇—〇		TEL	9〇〇—〇〇〇〇	
※介護保険	<input type="checkbox"/> 未申請(申請予定) <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 事業対象者 <input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input checked="" type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5				

※ケアマネジャー → かかりつけ医等に送付する場合は記入

●ケアマネジャー等記載欄

令和 〇年 〇月 〇日

本票送付の目的	<input type="checkbox"/> 連絡 <input checked="" type="checkbox"/> 相談 <input type="checkbox"/> 返信	返信の希望	<input checked="" type="checkbox"/> 返信願います。 <input type="checkbox"/> 返信不要です。
<input type="checkbox"/> 介護保険（新規・更新・区分変更）の主治医意見書について <input type="checkbox"/> ケアプランに対するご意見について <input type="checkbox"/> サービス担当者会議について <input type="checkbox"/> 訪問看護等、医療系サービスの利用について <input type="checkbox"/> 入退院時の情報提供について <input type="checkbox"/> 軽度者の福祉用具レンタルについて <input type="checkbox"/> モニタリング時の状況報告について <input checked="" type="checkbox"/> 訪問依頼について <input type="checkbox"/> その他ご相談			
<p>お世話になります、松山太郎様の服薬についての相談です。</p> <p>現在、ほぼ寝たきり(要介護4)状態で、〇〇クリニックと▽▽病院から処方される合計6種類の内服薬を奥様の管理で服薬していますが、〇月〇日に訪問した際に多数の残薬があり事情を伺ったところ、最近服薬の際におせることが多くなり、処方どおり飲んでいないとの事でした。また、先月から処方された薬を飲むようになってから不眠や便秘がみられるようになり、奥様も服薬に消極的になっているようです。</p> <p>以上の状況について、できれば訪問していただき御指導をお願いできればと考えています。奥様も処方される薬について、受診時にかかりつけ医になかなか相談できず、訪問していただけるのであれば、ぜひ相談したいとの意向ですので(費用が発生することもお伝えしています。) よろしく願います。</p>			
<p>※今回の情報提供について、<input checked="" type="checkbox"/>同意あり   <input type="checkbox"/>留意事項   <input type="checkbox"/>訪問依頼に至った具体的なエピソードを記入。</p>			
<p>※同意について ご本人の同意についてご確認をお願いします。添付資料：<input checked="" type="checkbox"/>②連携シート   <input type="checkbox"/>ケアプラン   <input checked="" type="checkbox"/>その他（お薬手帳コピー）   <input type="checkbox"/>添付無し</p>			

●医師・歯科医師・薬剤師等記載欄

②連携シートやお薬手帳（手帳が無い場合は袋のコピーなど）を必ず添付する。

本票送付の目的	<input type="checkbox"/> 連絡 <input type="checkbox"/> 相談 <input type="checkbox"/> 返信	返信の希望	<input type="checkbox"/> 返信願います。 <input type="checkbox"/> 返信不要です。
<input type="checkbox"/> 以下に回答します。 <input type="checkbox"/> 後日連絡します。 <input type="checkbox"/> 月 日 時 分頃連絡ください。 <input type="checkbox"/> 確認しました。			

家族も無く本人の同意が得られない状況（独居で認知症等）であるが、身体・生命に関わるため、情報提供が必要な場合及び家族関係や収入状況といった一部の情報開示を希望しない場合など、留意事項があれば記入。

※薬剤師の訪問を含め、医療系サービスを導入する際(25、26ページ参考)には、かかりつけ医に意見をいただき、ケアプランに位置付ける必要がありますので、この①連絡・相談票のみで、薬剤師の訪問を確約するものではありません。



<b>1. 利用者（患者）基本情報</b>		【氏名】 松山 太郎	昭和〇年〇月〇日生
【住居】 <input type="checkbox"/> 持ち家 <input checked="" type="checkbox"/> 賃貸			【78歳】 <input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
【形態】 <input type="checkbox"/> 戸建 <input checked="" type="checkbox"/> 集合住宅 3階（特記事項：エレベーター無し、屋内手すり無し）			
【介護保険】 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 事業対象者 <input type="checkbox"/> 支1 <input type="checkbox"/> 支2 <input type="checkbox"/> 介1 <input type="checkbox"/> 介2 <input type="checkbox"/> 介3 <input checked="" type="checkbox"/> 介4 <input type="checkbox"/> 介5（期間 令和〇年〇月～令和〇年〇月末）			
【認知症高齢者日常生活自立度】 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input checked="" type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M		【障害手帳】 <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり（身体、2級）	
【障害高齢者日常生活自立度】 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input checked="" type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2		【指定難病医療受給証】 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
【収入・年金等】 <input checked="" type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input checked="" type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 生活保護（特記事項：）			
<b>2. 家族情報</b>		<input type="checkbox"/> 独居 <input checked="" type="checkbox"/> 同居 同居者：妻	主たる介護者：妻
			キーパーソン：長男
【家族】 家族状況に関する特記事項：長男は市外で日中仕事しているが、通院介助等多少の協力は可能。妻も〇〇の持病あり。			
連絡先①（氏名、続柄、住所、Tel）〇〇 〇〇、長男、松山市〇〇町在住、TEL9〇〇-〇〇〇〇			
連絡先②（氏名、続柄、住所、Tel）			
【介護力】 <input type="checkbox"/> 日中独居 <input checked="" type="checkbox"/> 高齢世帯 <input type="checkbox"/> 家族が要介護状態/認知症 <input type="checkbox"/> サポートできる家族や支援者がいない			
<b>3. 現在の生活</b>		日中はベッド上でTVを見ながら過ごしている。妻への依存心が強く、妻の姿が見えないと大声で叫ぶ。	
【本人の生活状況・性格・趣味・関心等】			
【生活に関する意向】		本人：自宅で生活したい。 家族：介護負担が大きくなっており、できれば施設に入所して欲しい。	
<b>4. 身体・生活機能の状況</b>		【起き上がり】 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助	
		【立ち上り】 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助	
A	【移動】 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助	【移動手段】 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input checked="" type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他（）	
	【排泄】 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助	【ポータブルトイレ】 <input checked="" type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> 夜間のみ <input type="checkbox"/> その他（）	
D	【入浴】 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助	【入浴補助具】 <input checked="" type="checkbox"/> デイスサービス等にて入浴 <input type="checkbox"/> その他（）	
L	【食事】 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助	【普通食】 <input checked="" type="checkbox"/> きざみ食 <input type="checkbox"/> ミキサー食 <input type="checkbox"/> 食事制限あり <input type="checkbox"/> 水分制限あり	
	【整容】 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助	【更衣】 <input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
【視力】 <input type="checkbox"/> 問題なし <input checked="" type="checkbox"/> やや困難 <input type="checkbox"/> 困難（）		【聴力】 <input type="checkbox"/> 問題なし <input checked="" type="checkbox"/> やや困難 <input type="checkbox"/> 困難（）	
【意思疎通】 <input type="checkbox"/> 問題なし <input checked="" type="checkbox"/> やや困難 <input type="checkbox"/> 困難（理由：難聴や物忘れ等により多少困難な場合がある。）			
【睡眠】 <input checked="" type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良		【眠剤の使用】 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	【睡眠時間】4～5 時間
		【身長・体重】	160 cm 65 kg
【飲酒】 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（1回：）		程度を、週 日）	【喫煙】 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（1日 本）
【精神面における療養上の問題】		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input checked="" type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 焦燥・不穏 <input checked="" type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 暴力・攻撃的 <input checked="" type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 危険行為 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input checked="" type="checkbox"/> その他（物忘れ）	
		訪問依頼に至った具体的なエピソードを記入。 ※頻度や程度（2～3ヶ月前よりイライラ感が増し、暴言等攻撃的な言動が見られる。）	
【生活上の問題点や身体状況の変化等】		2～3カ月くらい前から物忘れ等、認知機能の低下が目立ち、時々妻に暴言を吐くこともある。依存心も強く、妻の姿が見えないと不安になり大声で叫ぶ。最近、口腔清掃をしようとするとうるさく口を開けてくれない、姿勢が保てない等で介助者である妻も困っている。妻への依存心が強い一方で介護に対する抵抗も見られ、口腔清掃が実施できていない。	
<b>5. 疾患・医療について</b>		【かかりつけ医】 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（医療機関名：〇〇病院 医師名：〇〇 〇〇）	
疾患名：高血圧症		<input type="checkbox"/> 治療済 <input checked="" type="checkbox"/> 治療中（医療機関：〇〇クリニック）	
【疾患歴】疾患名：脳梗塞（7～8年前）		<input checked="" type="checkbox"/> 治療済 <input type="checkbox"/> 治療中（医療機関：〇〇病院）	
疾患名：		<input type="checkbox"/> 治療済 <input type="checkbox"/> 治療中（医療機関：）	
【最近半年間での入院】 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（医療機関：）		<input type="checkbox"/> 不明	
【入院頻度】 <input checked="" type="checkbox"/> 低い <input type="checkbox"/> 高い/繰り返している			
【医療処置】 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（内容：）			
<b>6. 口腔について</b>		【かかりつけ歯科医】 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（歯科医療機関名： 歯科医師名：）	
【嚥下機能】 <input type="checkbox"/> むせない <input checked="" type="checkbox"/> 時々むせる <input type="checkbox"/> 常にむせる		【口腔清潔】 <input checked="" type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良 <input type="checkbox"/> その他	
【義歯】 <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 義歯が合っていない		【その他症状】 <input type="checkbox"/> 歯が痛い <input type="checkbox"/> 歯	
【口腔に関する特記事項】最近、歯磨きを嫌がるようになってきている。食事の際に義歯が外れることがある。			
<b>7. 服薬について</b> ※必要に応じてお薬手帳（コピー）を添付		【かかりつけ薬局】 <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり（薬局名：〇〇薬局、▽▽薬局）	
【服薬】 <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり（降圧剤他計6種類、お薬手帳参照）		【処方薬以外の服用】 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（）	
【薬剤管理】 <input type="checkbox"/> 自己管理 <input checked="" type="checkbox"/> 他者が管理（妻）		【服薬状況】 <input type="checkbox"/> 処方どおり服用 <input type="checkbox"/> 時々飲忘れ <input type="checkbox"/> 処方を守られていない	
【服薬に関する特記事項】妻から、服薬時のおせや、新しく処方された薬を服用するようになって便秘や不眠が目立ってきている。			
<b>8. 介護サービス利用状況等</b>		<input checked="" type="checkbox"/> 訪問介護（〇〇ヘルパーステーション、月～金午前） <input type="checkbox"/> 訪問看護（）	
【利用中のサービス】		<input type="checkbox"/> 訪問入浴（）	
※事業所名、頻度、曜日など		<input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導（） <input checked="" type="checkbox"/> 通所介護（デイスサービス〇〇、月、水、金、土）	
		<input type="checkbox"/> 通所リハ（） <input checked="" type="checkbox"/> 短期入所（〇〇病院、月2回程度）	
		<input checked="" type="checkbox"/> 福祉用具（電動ベッド） <input type="checkbox"/> 住宅改修 <input type="checkbox"/> その他（）	
【介護サービス利用に関する特記事項】		妻の介護負担が増加しており、月2回程度（週末）ショートステイの利用をするようになった。ヘルパー訪問時は機嫌良く過ごし、おむつ交換等にも抵抗しないが、妻だけになると拒否的な態度を取る傾向にある。デイスサービスでの入浴は楽しみにしている。	
<b>9. 備考</b>		集合住宅で来客用の駐車場はありません。近隣に有料駐車場があります。 デイスサービスに行く日は、16時以降であれば帰宅していますが、調整は可能です。	

訪問の際に留意すること等。

①連絡・相談票

医療機関名	〇〇クリニック
医師名等	〇〇 〇〇 先生
T E L	9〇〇—〇〇〇〇
F A X	9〇〇—〇〇〇〇
E-mail	iryu@city.〇〇〇〇.or.jp



事業所名	介護事業所〇〇〇〇
担当者名	介護支援専門員 〇〇 〇〇
T E L	9〇〇—〇〇〇〇
F A X	9〇〇—〇〇〇〇
E-mail	kaigo@city.〇〇〇〇.or.jp

●利用者情報

フリガナ	マツヤマ タロウ	生年 月日	明治・大正・昭和・平成 〇年 〇月 〇日 ( 78 歳)	性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男・女
氏名	松山 太郎				
住所	松山市〇〇町〇丁目〇—〇	TEL	9〇〇—〇〇〇〇		
※介護保険	<input type="checkbox"/> 未申請(申請予定) <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 事業対象者 <input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input checked="" type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5				

※ケアマネジャー → かかりつけ医等に送付する場合は記入

●ケアマネジャー等記載欄

令和 〇年 〇月 〇日

本票送付の目的	<input type="checkbox"/> 連絡 <input checked="" type="checkbox"/> 相談 <input type="checkbox"/> 返信	返信の希望	<input checked="" type="checkbox"/> 返信願います。 <input type="checkbox"/> 返信不要です。
<p>相談したい内容を記入。 (例)他科受診、訪問診療への移行など</p> <p>(変更)の主治医意見書について   <input type="checkbox"/>ケアプランに対するご意見について  <input type="checkbox"/>訪問看護等、医療系サービスの利用について   <input type="checkbox"/>入退院時の情報提供について  <input type="checkbox"/>モニタリング時の状況報告について   <input type="checkbox"/>訪問依頼について   <input checked="" type="checkbox"/>その他ご相談</p> <p>お世話になります。松山太郎さんの飲酒についての相談です。介護者の妻一人では断酒させることが難しく、過度の飲酒が続いており、生活全体に支障が出ています。具体的には以下のような状況です。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○飲酒のため予定していたデイサービスを利用できないことが月に3～4回ある。 (予定では週2回の利用だが週1回程度しか利用できていない)</li> <li>○飲酒をした状態で室内を移動するために転倒することが増え、ケガをする危険性が高い。</li> <li>○飲酒をとがめると、妻に対して暴言があり妻のストレスも日々高まってきている。</li> </ul> <p>以上のような状態のため、精神科医の受診を検討しています。先生の御意見を聞かせて頂ければと思いますのでよろしくお願ひします。</p>			
<p>※今回の情報提供について、<input checked="" type="checkbox"/>同意あり   <input type="checkbox"/>留意事項あり ( )</p> <p>※その他、利用者(患者)さまの疾患や身体状況等から、介護関係者が注意しておくべき生活上の留意点等についてご助言を頂きます。添付資料：<input checked="" type="checkbox"/>②連携シート   <input type="checkbox"/>ケアプラン   <input type="checkbox"/>その他 ( )   <input type="checkbox"/>添付無し</p>			

●医師・歯科医師・薬剤師等記載欄

令和 年 月 日

本票送付の目的	<input type="checkbox"/> 連絡 <input type="checkbox"/> 相談 <input type="checkbox"/> 返信	返信の希望	<input type="checkbox"/> 返信願います。 <input type="checkbox"/> 返信不要です。
<p><input type="checkbox"/>以下に回答します。   <input type="checkbox"/>後日連絡します。   <input type="checkbox"/> 月 日 時 分頃連絡ください。   <input type="checkbox"/>確認しました。</p>			
<p>家族も無く本人の同意が得られない状況(独居で認知症等)であるが、身体・生命に関わるため、情報提供が必要な場合及び家族関係や収入状況といった一部の情報開示を希望しない場合など、留意事項があれば記入。</p>			

②連携シート

令和〇年〇月〇日

<b>1. 利用者(患者)基本情報</b>		[氏名] 松山 太郎		昭和〇年〇月〇日生	
【住居】 <input type="checkbox"/> 持ち家 <input checked="" type="checkbox"/> 賃貸				【78歳】 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
【形態】 <input type="checkbox"/> 戸建 <input checked="" type="checkbox"/> 集合住宅 3階 (特記事項:エレベーター無し、屋内手すり無し)					
【介護保険】 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 事業対象者 <input type="checkbox"/> 支1 <input type="checkbox"/> 支2 <input checked="" type="checkbox"/> 介1 <input type="checkbox"/> 介2 <input type="checkbox"/> 介3 <input type="checkbox"/> 介4 <input type="checkbox"/> 介5 (期間 令和〇年〇月~令和〇年〇月末)					
【認知症高齢者日常生活自立度】 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input checked="" type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M				【障害手帳】 <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(身体、級)	
【障害高齢者日常生活自立度】 <input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" 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				【指定難病医療受給証】 <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
【収入・年金等】 <input checked="" type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 生活保護 (特記事項:)					
<b>2. 家族情報</b>		<input type="checkbox"/> 独居 <input checked="" type="checkbox"/> 同居 同居者: 妻		主たる介護者: 妻	
				キーパーソン: 長男	
【家族】		家族状況に関する特記事項: 長男は市外で日中仕事しているが、通院介助等多少の協力は可能。妻も〇〇の持病あり。			
		連絡先①(氏名、続柄、住所、TEL) 〇〇 〇〇、長男、松山市〇〇町在住、TEL9〇〇-〇〇〇〇			
		連絡先②(氏名、続柄、住所、TEL)			
【介護力】 <input type="checkbox"/> 日中独居 <input checked="" type="checkbox"/> 高齢世帯 <input type="checkbox"/> 家族が要介護状態/認知症 <input type="checkbox"/> サポートできる家族や支援者がいない					
<b>3. 現在の生活</b>		以前から友人と外で飲酒することが多かったが、ここ数年は家で飲酒することが多くなっている。			
【本人の生活状況・性格・趣味・関心等】		日中はベッド上でTVを見ながらほとんどを自宅で過ごしており、外出はたまに近所の公園に行ったり酒を買いに行く程度。			
【生活に関する意向】		本人: このまま自宅で生活したい。 家族: 介護負担が大きくなっており、介護サービスをもっと利用(できれば施設に入所)して欲しい。			
<b>4. 身体・生活機能の状況</b>		【起き上がり】 <input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		【立ち上がり】 <input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
A	【移動】 <input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	【移動手段】 <input checked="" type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他( )			
	【排泄】 <input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	【ポータブルトイレ】 <input checked="" type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> 夜間のみ <input type="checkbox"/> その他( )			
D	【入浴】 <input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	【入浴補助具有り】 <input checked="" type="checkbox"/> デイスサービス等にて入浴 <input type="checkbox"/> その他( )			
L	【食事】 <input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	【普通食】 <input checked="" type="checkbox"/> きざみ食 <input type="checkbox"/> ミキサー食 <input type="checkbox"/> 食事制限あり <input type="checkbox"/> 水分制限あり			
	【整容】 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	【更衣】 <input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			
【視力】 <input type="checkbox"/> 問題なし <input checked="" type="checkbox"/> やや困難 <input type="checkbox"/> 困難( )		【聴力】 <input type="checkbox"/> 問題なし <input checked="" type="checkbox"/> やや困難 <input type="checkbox"/> 困難( )			
【意思疎通】 <input type="checkbox"/> 問題なし <input checked="" type="checkbox"/> やや困難 <input type="checkbox"/> 困難 (理由: 難聴や物忘れ等により多少困難な場合がある。)					
【睡眠】 <input type="checkbox"/> 良 <input checked="" type="checkbox"/> 不良		【眠剤の使用】 <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		【睡眠時間】5~6 時間	
				【身長・体重】 160 cm 65 kg	
【飲酒】 <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり (1回: 焼酎3~4合 程度を、週 5~6 日)		【喫煙】 <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり(1日 20本)			
【精神面における療養上の問題】		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input checked="" type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 焦燥・不穏 <input checked="" type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 暴力・攻撃的 <input checked="" type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転			
		<input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 危険行為 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input checked="" type="checkbox"/> その他(物忘れ)			
		※頻度や程度(2~3ヶ月前より物忘れが顕著。時折興奮して暴言や「泥棒に入られている」などの妄想が見られる。)			
【生活上の問題点や身体状況の変化等】		2~3カ月(くらい)前から物忘れ等、認知機能の低下が目立ち、時々妻に暴言を吐くこともある。依存心も強く、妻の姿が見えないと不安になり大声で叫ぶ。最近、口腔清掃をしようとする口を開けてくれない、姿勢が保てない等で介助者である妻も困っている。妻への依存心が強い一方で介護に対する抵抗も見られ、口腔清掃が実施できていない。			
<b>5. 疾患・医療について</b>		【かかりつけ医】 <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり (医療機関名: 〇〇クリニック 医師名: 〇〇 〇〇)			
疾患名: 高血圧症		<input type="checkbox"/> 治療済 <input checked="" type="checkbox"/> 治療中 (医療機関: 〇〇クリニック)			
【疾患歴】疾患名: 脳梗塞(7~8年前)		<input checked="" type="checkbox"/> 治療済 <input type="checkbox"/> 治療中 (医療機関: 〇〇病院)			
疾患名:		<input type="checkbox"/> 治療済 <input type="checkbox"/> 治療中 (医療機関: )			
【最近半年間での入院】 <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (医療機関: )		<input type="checkbox"/> 不明		【入院頻度】 <input checked="" type="checkbox"/> 低い <input type="checkbox"/> 高い/繰り返している	
【医療処置】 <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (内容: )					
<b>6. 口腔について</b>		【かかりつけ歯科医】 <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり (歯科医療機関名: ☆☆歯科医院 歯科医師名: ☆☆ ☆☆)			
【嚥下機能】 <input type="checkbox"/> むせない <input checked="" type="checkbox"/> 時々むせる <input type="checkbox"/> 常にむせる		【口腔清潔】 <input type="checkbox"/> 良 <input checked="" type="checkbox"/> 不良 <input type="checkbox"/> 著しく不良		【口臭】 <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	
【義歯】 <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 義歯が合っていない		【その他症状】 <input type="checkbox"/> 歯が痛い <input type="checkbox"/> 歯が動く <input type="checkbox"/> 歯茎が腫れている <input type="checkbox"/> 歯茎からの出血			
【口腔に関する特記事項】		口腔清掃はあまり行っていない様子。			
<b>7. 服薬について</b> ※必要に応じてお薬手帳(コピー)を添付		【かかりつけ薬局】 <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり (薬局名: 〇〇薬局、▽▽薬局)			
【服薬】 <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり (降圧剤他、お薬手帳参照)		【処方薬以外の服用】 <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( )			
【薬剤管理】 <input type="checkbox"/> 自己管理 <input checked="" type="checkbox"/> 他者が管理(妻)		【服薬状況】 <input type="checkbox"/> 処方どおり服用 <input checked="" type="checkbox"/> 時々飲忘れ <input type="checkbox"/> 処方が守られていない			
【服薬に関する特記事項】		妻が薬を渡して服薬しているが、飲まない(忘れてる)時があるとの事。			
<b>8. 介護サービス利用状況等</b>		<input checked="" type="checkbox"/> 訪問介護(〇〇ヘルパーステーション、月~金午前) <input type="checkbox"/> 訪問看護( )			
【利用中のサービス】		<input type="checkbox"/> 訪問入浴( )			
※事業所名、頻度、曜日など		<input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導( ) <input checked="" type="checkbox"/> 通所介護(デイスサービス〇〇、水、金)			
		<input type="checkbox"/> 通所リハ( ) <input type="checkbox"/> 短期入所( )			
		<input type="checkbox"/> 福祉用具( ) <input type="checkbox"/> 住宅改修 <input type="checkbox"/> その他( )			
【介護サービス利用に関する特記事項】		最近自宅の浴室で転倒したため、住宅改修および入浴補助用具の導入を検討中。本人の機能低下に伴って妻の介護負担が増加しており、家にいると飲酒するため、妻は外出して欲しいとの意向であり、週2回の通所介護を予定しているが、実際は週1回しか利用できていない。			
<b>9. 備考</b>					

記載例：⑩その他（入院の報告）

松山

かかりつけ医とは別の医療機関に入院した際の、かかりつけ医への情報提供。

①連絡・相談票

医療機関名	〇〇クリニック
医師名等	〇〇 〇〇 先生
T E L	9〇〇—〇〇〇〇
F A X	9〇〇—〇〇〇〇
E-mail	iryuu@city.〇〇〇〇.or.jp

事業所名	介護事業所〇〇〇〇
担当者名	介護支援専門員 〇〇 〇〇
T E L	9〇〇—〇〇〇〇
F A X	9〇〇—〇〇〇〇
E-mail	kaigo@city.〇〇〇〇.or.jp

●利用者情報

フリガナ	マツヤマ タロウ	生年	明治・大正・昭和・平成 〇年 〇月 〇日 ( 78 歳)	性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男・女
氏名	松山 太郎	月日			
住所	松山市〇〇町〇丁目〇—〇	TEL	9〇〇—〇〇〇〇		
※介護保険	<input type="checkbox"/> 未申請(申請予定) <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 事業対象者 <input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input checked="" type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5				

※ケアマネジャー → かかりつけ医等に送付する場合は記入

●ケアマネジャー等記載欄

令和 〇年 〇月 〇日

本票送付の目的	<input checked="" type="checkbox"/> 連絡 <input type="checkbox"/> 相談 <input type="checkbox"/> 返信	返信の希望	<input type="checkbox"/> 返信願います。 <input checked="" type="checkbox"/> 返信不要です。
<input type="checkbox"/> 介護保険（新規・更新・区分変更）の主治医意見書について <input type="checkbox"/> ケアプランに対するご意見について <input type="checkbox"/> サービス担当者   どのような状況で入院になったかを記入。   月について <input checked="" type="checkbox"/> 入院時の情報提供について <input type="checkbox"/> 軽度者の福祉用具レンタルについて <input type="checkbox"/> モニタリング   報告について <input type="checkbox"/> 訪問依頼について <input type="checkbox"/> その他ご相談			
<p>お世話になります。松山太郎様ですが、〇月〇日に妻の介助にて車椅子からベッドに移ろうとした際、座り損ね、妻も松山様を支え切れず、そのままずり落ちてしまいました。腰部の痛みを訴え、後日、△△整形外科を受診し、圧迫骨折の診断を受けました。</p> <p>手術の必要はなく、コルセット固定での保存的治療となりますが、疼痛コントロール及び安静目的にて〇月〇日から△△整形外科へ入院となっています。約1ヶ月の入院予定と聞いていますが、退院が決まり次第お知らせします。</p> <p>場合によっては、介護度の変更やケアプランの見直しに関するご意見等をお願いするかもしれませんが、状況が分かり次第ご相談しますので、よろしくお願いします。</p>			
<p>※今回の情報提供について、<input checked="" type="checkbox"/>同意あり   <input type="checkbox"/>留意事項あり（          現状や予定入院期間など把握している内容や、今後の見込み等について記入。）</p>			
<p>※その同意について   言葉の   添付資料：<input type="checkbox"/>②連携シート   <input type="checkbox"/>ケアプラン   <input type="checkbox"/>その他（   ）   <input checked="" type="checkbox"/>添付無し</p>			

●医師・歯科医師・薬剤師等記載欄

令和 年 月 日

本票送付の目的	<input type="checkbox"/> 連絡 <input type="checkbox"/> 相談 <input type="checkbox"/> 返信	返信の希望	<input type="checkbox"/> 返信願います。 <input type="checkbox"/> 返信不要です。
<input type="checkbox"/> 以下に回答します。 <input type="checkbox"/> 後日連絡します。 <input type="checkbox"/> 月 日 時 分頃連絡ください。 <input type="checkbox"/> 確認しました。			
<p>家族も無く本人の同意が得られない状況（独居で認知症等）であるが、身体・生命に関わるため、情報提供が必要な場合及び家族関係や収入状況といった一部の情報開示を希望しない場合など、留意事項があれば記入。</p>			

松山市様式

記載例：⑩その他（入院時の情報提供）

入院した医療機関  
への情報提供。

①連絡・相談票

医療機関名	〇〇病院
医師名等	連携室 〇〇 〇〇 様
T E L	9〇〇—〇〇〇〇
F A X	9〇〇—〇〇〇〇
E-mail	iryuu@city.〇〇〇〇.or.jp



事業所名	介護事業所〇〇〇〇
担当者名	介護支援専門員 〇〇 〇〇
T E L	9〇〇—〇〇〇〇
F A X	9〇〇—〇〇〇〇
E-mail	kaigo@city.〇〇〇〇.or.jp

●利用者情報

フリガナ	マツヤマ タロウ	生年 月日	明治・大正・昭和・平成 〇年 〇月 〇日 ( 78 歳)	性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男・女
氏名	松山 太郎				
住所	松山市〇〇町〇丁目〇—〇	TEL	9〇〇—〇〇〇〇		
※介護保険	<input type="checkbox"/> 未申請(申請予定) <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 事業対象者 <input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input checked="" type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5				

※ケアマネジャー → かかりつけ医等に送付する場合は記入

●ケアマネジャー等記載欄

令和 〇年 〇月 〇日

本票送付の目的	<input checked="" type="checkbox"/> 連絡 <input type="checkbox"/> 相談 <input type="checkbox"/> 返信	返信の希望	<input checked="" type="checkbox"/> 返信願います。 <input type="checkbox"/> 返信不要です。
<input type="checkbox"/> 介護保険（新規・更新・区分変更）の主治医意見書について <input type="checkbox"/> ケアプランに対するご意見について <input type="checkbox"/> サービス担当者会議について <input type="checkbox"/> 訪問看護等、医療系サービスの利用について <input checked="" type="checkbox"/> 入院時の情報提供について <input type="checkbox"/> 軽度者の福祉用具レンタルについて <input type="checkbox"/> モニタリング時の状況報告について <input type="checkbox"/> 訪問依頼について <input type="checkbox"/> その他ご相談			
<p>お世話になります。先日、松山太郎様の奥様から、貴病院に入院したとの連絡がありましたので、入院前の松山様の状況について情報提供します。</p> <p>添付の②連携シートを参照のうえ、御不明な点があればお問合せ下さい。また、退院に際してカンファレンス等の開催や介護サービスを調整する必要がある場合は、事前に(できれば退院1週間前くらい)ご連絡くださいますようお願いいたします。</p>			
※今回の情報提供について、 <input checked="" type="checkbox"/> 同意あり <input type="checkbox"/> 留意事項あり ( )			
※その他、利用者(患者)さまの疾患や身体状況等から、介護関係者が注意しておくべき生活上の留意点等についてご助言 同意について <input checked="" type="checkbox"/> チェック。   添付資料： <input checked="" type="checkbox"/> ②連携シート <input type="checkbox"/> ケアプラン <input type="checkbox"/> その他 ( ) <input type="checkbox"/> 添付無し			

●医師・歯科医師・薬剤師等記載欄

令和 年 月 日

本票送付の目的	<input type="checkbox"/> 連絡 <input type="checkbox"/> 相談 <input type="checkbox"/> 返信	返信の希望	<input type="checkbox"/> 返信願います。 <input type="checkbox"/> 返信不要です。
<input type="checkbox"/> 以下に回答します。 <input type="checkbox"/> 後日連絡します。 <input type="checkbox"/> 月 日 時 分頃連絡ください。 <input type="checkbox"/> 確認しました。			
<p>家族も無く本人の同意が得られない状況（独居で認知症等）であるが、身体・生命に関わるため、情報提供が必要な場合及び家族関係や収入状況など情報開示を希望しない場合など、留意事項があれば記入。</p>			

## ②連携シート

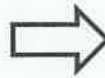
令和〇年〇月〇日

<b>1. 利用者（患者）基本情報</b>		【氏名】 松山 太郎	昭和〇年〇月〇日生 【78歳】 男・女
【住居】 <input type="checkbox"/> 持ち家 <input checked="" type="checkbox"/> 賃貸			
【形態】 <input checked="" type="checkbox"/> 戸建 <input type="checkbox"/> 集合住宅 階 (特記事項：屋内手すり設置済み)			
【介護保険】 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 事業対象者 <input type="checkbox"/> 支1 <input type="checkbox"/> 支2 <input type="checkbox"/> 介1 <input type="checkbox"/> 介2 <input checked="" type="checkbox"/> 介3 <input type="checkbox"/> 介4 <input type="checkbox"/> 介5 (期間 令和〇年〇月～令和〇年〇月末)			
【認知症高齢者日常生活自立度】 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input checked="" type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M		【障害手帳】 <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり (身体、3級)	
【障害高齢者日常生活自立度】 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input checked="" type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2		【指定難病医療受給証】 <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	
【収入・年金等】 <input checked="" type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input checked="" type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 生活保護 (特記事項：)			
<b>2. 家族情報</b>		<input type="checkbox"/> 独居 <input checked="" type="checkbox"/> 同居 同居者：妻 主たる介護者：妻 キーパーソン：長女	
家族状況に関する特記事項：妻も〇〇の持病あり。長女は土日に来て介護に協力している。			
【家族】		連絡先① (氏名、続柄、住所、TEL) 〇〇 〇〇、長女、市外の〇〇町在住、TEL〇〇〇-〇〇〇〇 連絡先② (氏名、続柄、住所、TEL)	
【介護力】 <input type="checkbox"/> 日中独居 <input checked="" type="checkbox"/> 高齢世帯 <input type="checkbox"/> 家族が要介護状態/認知症 <input type="checkbox"/> サポートできる家族や支援者がいない			
<b>3. 現在の生活</b>		日常生活全般に一部介助が必要で、介護者である妻がヘルパーやデイサービスを利用しながら生活をおくっている。 穏やかな性格で、土日に来てくれる長女と孫の成長を見ることに生きがいを感じているとの事。	
【本人の生活状況・性格・趣味・関心等】			
【生活に関する意向】		本人：自宅で生活したい。孫の成長を見るのが楽しみ。 家族：介護負担が大きくなっており、介護サービスを増やしたい。	
入院前の生活状況等を詳しく記入。			
<b>4. 身体・生活機能の状況</b>		【起き上り】 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 【立ち上り】 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
A	【移動】 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	【移動手段】 <input checked="" type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす <input checked="" type="checkbox"/> その他 (屋外は車いすを使用)	
	【排泄】 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	【ポータブルトイレ おむつ 夜間のみ <input type="checkbox"/> その他 ( )	
D	【入浴】 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	【入浴補助具有り <input checked="" type="checkbox"/> デイサービス等にて入浴 <input type="checkbox"/> その他 ( )	
L	【食事】 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	【普通食 <input type="checkbox"/> きざみ食 <input type="checkbox"/> ミキサー食 <input type="checkbox"/> 食事制限あり <input type="checkbox"/> 水分制限あり	
	【整容】 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	【更衣】 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
【視力】 <input type="checkbox"/> 問題なし <input checked="" type="checkbox"/> やや困難 <input type="checkbox"/> 困難 ( )		【聴力】 <input type="checkbox"/> 問題なし <input checked="" type="checkbox"/> やや困難 <input type="checkbox"/> 困難 ( )	
【意思疎通】 <input type="checkbox"/> 問題なし <input checked="" type="checkbox"/> やや困難 <input type="checkbox"/> 困難 (理由：難聴や物忘れ等により多少困難な場合がある。)			
【睡眠】 <input type="checkbox"/> 良 <input checked="" type="checkbox"/> 不良		【眠剤の使用】 <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	【睡眠時間】5～6 時間 【身長・体重】 160 cm 65 kg
【飲酒】 <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (1回： 程度を、週 日)		【喫煙】 <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(1日 本)	
【精神面における療養上の問題】		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 焦燥・不穏 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 暴力・攻撃的 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 危険行為 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input checked="" type="checkbox"/> その他 (物忘れ ) ※頻度や程度 ( 半年前より物忘れが目立ってきているが、今のところ日常生活に支障は無い。 )	
【生活上の問題点や身体状況の変化等】		半年から1年の間で、身体・認知機能とも低下がみられ、主たる介護者である妻の介護負担が大きくなっている。	
<b>5. 疾患・医療について</b>		【かかりつけ医】 <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり (医療機関名： 〇〇病院 医師名： 〇〇 〇〇 )	
疾患名： パーキンソン病		<input type="checkbox"/> 治療済 <input checked="" type="checkbox"/> 治療中 (医療機関： 〇〇病院 )	
【疾患歴】疾患名： 高血圧		<input type="checkbox"/> 治療済 <input checked="" type="checkbox"/> 治療中 (医療機関： 〇〇クリニック )	
疾患名：		<input type="checkbox"/> 治療済 <input type="checkbox"/> 治療中 (医療機関： )	
【最近半年間での入院】 <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (医療機関： ) <input type="checkbox"/> 不明		【入院頻度】 <input checked="" type="checkbox"/> 低い <input type="checkbox"/> 高い/繰り返している	
【医療処置】 <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (内容： )			
<b>6. 口腔について</b>		【かかりつけ歯科医】 <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり (歯科医療機関名： ☆☆歯科医院 歯科医師名： ☆☆ ☆☆ )	
【嚥下機能】 <input type="checkbox"/> むせせない <input checked="" type="checkbox"/> 時々むせる <input type="checkbox"/> 常にむせる		【口腔清潔】 <input checked="" type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良 <input type="checkbox"/> 著しく不良	【口臭】 <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
【義歯】 <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 義歯が合っていない		【その他症状】 <input type="checkbox"/> 歯が痛い <input type="checkbox"/> 歯が動く <input type="checkbox"/> 歯茎が腫れている <input type="checkbox"/> 歯茎からの出血	
【口腔に関する特記事項】妻が毎食後に口腔清掃を行っている。			
<b>7. 服薬について</b> ※必要に応じてお薬手帳 (コピー) を添付		【かかりつけ薬局】 <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり (薬局名： 〇〇薬局、▽▽薬局 )	
【服薬】 <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり (降圧剤他計6種類、お薬手帳参照)		【処方薬以外の服用】 <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )	
【薬剤管理】 <input type="checkbox"/> 自己管理 <input checked="" type="checkbox"/> 他者が管理 (妻)		【服薬状況】 <input type="checkbox"/> 処方どおり服用 <input type="checkbox"/> 時々飲忘れ <input checked="" type="checkbox"/> 処方が守られていない	
【服薬に関する特記事項】妻より、服薬時のむせや、新しく処方された薬を服用するようになって便秘や不眠が目立ってきている。			
<b>8. 介護サービス利用状況等</b>		<input checked="" type="checkbox"/> 訪問介護 ( 〇〇ヘルパーステーション、火、木午前 ) <input type="checkbox"/> 訪問看護 ( )	
【利用中のサービス】 ※事業所名、頻度、曜日など	<input type="checkbox"/> 訪問リハ ( )	<input type="checkbox"/> 訪問入浴 ( )	
	<input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導 ( )	<input checked="" type="checkbox"/> 通所介護 ( デイサービス〇〇、月、水、金 )	
【介護サービス利用に関する特記事項】	<input type="checkbox"/> 通所リハ ( )	<input checked="" type="checkbox"/> 短期入所 ( 〇〇病院、月1回程度 )	
	<input checked="" type="checkbox"/> 福祉用具 ( ポータブルトイレ )	<input checked="" type="checkbox"/> 住宅改修 <input type="checkbox"/> その他 ( )	
ヘルパー利用しているが、妻の介護負担軽減のため、月1回程度(週末)ショートステイの利用をするようになった。デイサービスでの入浴は楽しみにしている。			
<b>9. 備考</b>			

## 口腔・服薬チェックリスト

令和 ○年 ○月 ○日

事業所名	訪問介護〇〇〇〇
担当者名	管理者 ○○ ○○
T E L	9〇〇-〇〇〇〇
F A X	9〇〇-〇〇〇〇
E-mail	kouku@※※※※.ne.jp



事業所名	居宅介護支援事業所□□□□
担当者名	介護支援専門員 □□ □□ 様
T E L	9〇〇-〇〇〇〇
F A X	9〇〇-〇〇〇〇
E-mail	fukuyaku@※※※※.ne.jp

## ●利用者情報

フリガナ	△△ △△	生年	明治・大正・昭和・平成	性別	男・女
氏名	△△ △△	月日	〇〇年 〇月 〇日 ( 〇〇歳)		
住所	松山市〇〇町〇丁目〇-〇		TEL	9〇〇-〇〇〇〇	
介護保険	<input type="checkbox"/> 未申請(申請予定) <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 事業対象者 <input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input checked="" type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5				

上記の利用者様の口腔、服薬の状況について報告します。

口腔チェックリスト	<input type="checkbox"/> 口の中が乾燥している <input checked="" type="checkbox"/> 歯が汚れている <input type="checkbox"/> 舌に汚れ(舌苔)がある <input checked="" type="checkbox"/> 口臭がある <input type="checkbox"/> 歯が痛む、グラグラしている、穴が開いている <input checked="" type="checkbox"/> 歯茎に問題がある(腫れている、出血がある、傷がある、痛みがある等) <input type="checkbox"/> 義歯に問題がある(外れる、壊れている、汚れている、使っていない、付けると痛む等) <input type="checkbox"/> 飲み込みが悪い、むせる <input type="checkbox"/> (麻痺がある場合)麻痺側に食べ物が残っている <input checked="" type="checkbox"/> その他( 歯医者には10年以上行っていないとの事です。 )
●月 ●日実施	
(気になる点)	今月初めくらいから、歯茎からの出血があり、歯磨きの際に痛みが出る状況で、食後の歯磨きが充分にできておらず、口臭や歯の汚れが目立ってきています。

服薬チェックリスト	<input type="checkbox"/> 薬の飲み忘れがある(残薬がある) <input type="checkbox"/> 薬の飲み間違いがある(服薬の量や時間を間違えている等) <input checked="" type="checkbox"/> 飲み難さがある(錠剤、カプセル、粉薬が飲み込めない等) <input checked="" type="checkbox"/> 複数の医療機関を受診し、複数の薬局から調剤を受けている <input type="checkbox"/> 自己判断で服薬の中断や調整をしている <input type="checkbox"/> 健康食品やサプリメント等を服用している <input type="checkbox"/> 副作用またはその疑い(口渇、吐気、頻尿、便秘、軟便、ふらつき、めまい、傾眠、睡眠障害、その他) <input checked="" type="checkbox"/> その他(「心配だから」という理由で、古い薬を大量にストックしています。 )
●月 ■日実施	
(気になる点)	最近、A病院から処方されている〇〇剤(顆粒)が飲み込み難く、毎食後の服用に苦労している様子です。B病院の△△剤(錠剤、朝夕)と◇◇剤(錠剤、朝夕)は、問題なく服用できています。たまに服薬を忘れていますが、声掛けして服薬を確認しています。