

連携ツール をご活用ください！！

連携ツールは、同じ利用者（患者）様に関わる介護・医療関係者間の連携を推進するための紙媒体のツールです。

連携ツールってどんなもの？（3つのシートがあります。）

①相談連絡票

主にケアマネジャーが、かかりつけ医等に依頼する際に使用します。

②連携シート

利用者（患者）様の日常生活の詳細な状況等を、介護・医療関係者間で共有するために使用します。

③口腔・服薬チェックリスト

利用者（患者）様の口腔や服薬の状況等を共有するために使用します。

どんなときに使うの？

主治医意見書の依頼や入退院時の情報提供、医療系サービス導入や軽度者の福祉用具レンタル時、歯科医や薬剤師への情報提供など、様々な場面で活用しています。

また、口腔・服薬チェックリストは、主に利用者（患者）様を担当しているヘルパー等の介護職とケアマネジャーとの情報共有に活用しています。

高齢者が住み慣れた地域で暮らし続けるためには、介護・医療サービスの一体的な提供が重要であり、そのためには介護・医療関係者のより一層の連携が必要です。

ぜひ連携ツールをご活用ください。

※連携ツールの使用は強制ではなく、独自の様式の使用を妨げるものではありません。

連携ツールの説明や使用例については、松山市ホームページに掲載していますのでご参照ください。

<http://www.city.matsuyama.ehime.jp/kurashi/kaigohoken/koureisashien/tiikicare/chiikihoukatsu.html>



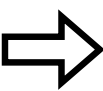
松山市ホームページ
二次元コード

【担当】松山市長寿福祉課 基幹型地域包括支援センター

TEL:089-948-6949 FAX:089-934-1832

松山市様式

①連絡・相談票

医療機関名		☐   ☐	事業所名	
医師名等			担当者名	
TEL			TEL	
FAX			FAX	
E-mail			E-mail	

●利用者情報

フリガナ		生年月日	☐ 明治 ☐ 大正 ☐ 昭和 ☐ 平成 年 月 日 (歳)	性別	☐ 男 ☐ 女
氏名					
住所			TEL		
※介護保険	☐ 未申請（申請予定） ☐ 申請中 ☐ 事業対象者 ☐ 要支援1 ☐ 要支援2 ☐ 要介護1 ☐ 要介護2 ☐ 要介護3 ☐ 要介護4 ☐ 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: ☐ 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、医療系サービスの導入について ☐ 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	
※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）様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 () ☐ 添付なし	

●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: ☐ 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。	

1. 利用者（患者）基本情報		フリガナ 【氏名】		年 月 日生
【住居】 ☐ 持ち家 ☐ 賃貸				歳 ☐ 男 ☐ 女
【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： ～ ）
【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： ）		
2. 家族情報		☐ 独居 ☐ 同居 同居者： 主たる介護者： キーパーソン：		
※家族状況に関する特記事項：				
【家族】		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				
3. 現在の生活				
【本人の生活状況・ 「仕合・趣味・関心 等」				
【生活に関 する意向】		本人： 家族：		
4. 身体・生活機能の状況		【起き上り】 ☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助		【立上り】 ☐ 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（ ）		
	【排泄】 ☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助	【ホーダルトレ】 ☐ おむつ ☐ 夜間のみ ☐ その他（ ）		
	【入浴】 ☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助	【入浴補助具】 ☐ デイサービス等で入浴 ☐ 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： ）				
【睡眠】 ☐ 良 ☐ 不良		【眠剤の使用】 ☐ なし ☐ あり	【睡眠時間】 時間	【身長・体重】 cm 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 ☐ 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（ ） ※頻度や程度（ ）		
【生活上の問題点や 身体状況の変化等】				
5. 疾患・医療について		【かかりつけ医】 ☐ なし ☐ あり 医療機関名：（ ） 医師名：（ ）		
疾患名： 治療済 ☐ 治療中 ☐ 医療機関名：				
【疾患歴】 疾患名： 治療済 ☐ 治療中 ☐ 医療機関名：				
疾患名： 治療済 ☐ 治療中 ☐ 医療機関名：				
【最近半年間での入院】 ☐ なし ☐ あり 医療機関名：（ ） ☐ 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：（ ）				
6. 口腔について		【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】（ ）				
7. 服薬について ※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：（ ）		
【服薬】 ☐ なし ☐ あり（ ）		【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（ ）		【服薬状況】 ☐ 処方どおり服薬 ☐ 時々飲み忘れ ☐ 処方が守られていない		
【服薬に関する特記事項】（ ）				
8. 介護サービス利用状況等		☐ 訪問介護（ ） ☐ 訪問看護（ ） ☐ 訪問リハ（ ） ☐ 訪問入浴（ ） 【利用中のサービス】 ☐ 居宅療養管理指導（ ） ☐ 通所介護（ ） ※事業所名、頻度、曜日など ☐ 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】				
9. 備考				

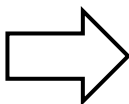
口腔・服薬チェックリスト

令和

年

月

事業所名	
担当者名	
T E L	
F A X	
E-mail	



事業所名	
担当者名	
T E L	
F A X	
E-mail	

●利用者情報

フリガナ				生年	☐ 明治 ☐ 大正 ☐ 昭和 ☐ 平成	性別	☐ 男
氏名				月日	年 月 日 (歳)		☐ 女
住所					TEL		
介護保険	☐ 未申請(申請予定) ☐ 申請中 ☐ 事業対象者 ☐ 要支援 1 ☐ 要支援 2						
	☐ 要介護 1 ☐ 要介護 2 ☐ 要介護 3 ☐ 要介護 4 ☐ 要介護 5						

上記の利用者様の口腔、服薬状況について報告します。

口腔チェックリスト 月 日実施	☐ 口の中が乾燥している ☐ 歯が汚れている ☐ 舌に汚れ（舌苔）がある ☐ 口臭がある ☐ 歯が痛む、グラグラしている、穴があいている ☐ 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） ☐ 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） ☐ 飲み込みが悪い、むせる ☐ （麻痺がある場合）麻痺側に食べ物が残っている ☐ その他（ ）
（気になる点）	

服薬チェックリスト 月 日実施	☐ 薬の飲み忘れがある（残薬がある） ☐ 薬の飲み間違いがある（服薬時間を間違えている等） ☐ 飲み難さがある（錠剤、カプセル、粉薬が呑み込めない等） ☐ 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 ☐ 自己判断で服薬の中断や調整をしている ☐ 健康食品やサプリメント等を服用している ☐ 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 ☐ その他症状（ ） ☐ その他（ ）
	(気になる点)