

# ①宮古島市 入院連携シート [入カシート]

## Q 情報提供先を入力してください

〇〇病院 地域連携室

## Q 送信日を入力してください(必須)

令和6年4月1日

※送信日と生年月日の入力

・このシートに入力する事で、①完成版 ②名簿版のシートができあがります。  
 ・下記の  部分は選択式です、合う内容をお選びください。  
 ・メールで送付する方は、このファイルごと送付（シートを削除しない）してください。  
 このシートを削除すると入力内容が消えてしまいます！

## Q 利用者の情報を入力してください

名前	フリガナ	性別	生年月日	年齢	住所	TEL	住環境	住まいに関する特記事項	住居状況	世帯情報	同居者情報
宮古 太郎	ミヤコ タロウ	男	S12.3.4	87	平良字 西里1234-5 宮古島アパート101	090-1234-5678	アパートなどの借屋		1 階	老夫婦世帯	妻

## Q 緊急連絡先①②と家族状況を入力してください

① 氏名	続柄	電話	電話番号	② 氏名	続柄	電話	電話番号	キーパーソン続柄氏名	島内在住者	島外在住者
宮古〇〇	長男	携帯	080-1234-5678	下地〇〇	長女	携帯	090-2345-6789	長男	長男夫婦	長女:大阪

例) 長男

例) 長男 長女

## Q 介護保険の情報を入力してください

介護度	有効期限		事業所情報		
	いつから	いつまで	事業所名	担当者	電話
要支援2	R%8.23	R6.8.31	〇〇介護事業所	砂川〇〇	73-1234

## Q 介護サービスの内容や回数等を入力してください

訪問介護 (回数)	訪問看護 (回数)		通所介護 (回数)		通所リハ (回数)		訪問リハ (回数)		短期入所
回/週	1	回/2週	1	回/週	回/週	回/週	1	回/週	日間
小規模多機能	高齢者見守り事業	配食サービス	社会参加	住宅改修	福祉用具貸与の内容		福祉用具購入の内容		
利用あり	不明	利用あり	あり	あり			杖・シャワーチェア		

## Q その他情報を入力してください

身体障害者手帳	精神障害者手帳	療育手帳	難病の疾患名
級	2 級		パーキンソン病
かかりつけ医			
〇△診療所			
現病歴・既往歴			
H25:脳梗塞 左軽度麻痺あり。パーキンソン病発症。 高血圧:不詳 脳梗塞ope後は開業医で内服中だが、定期受診はほとんどなし。			

\*\* 可能な範囲で入力してください \*\*

## Q IADLの情報を入力してください

調理	掃除	洗濯	買い物	金銭管理	服薬管理	お薬手帳
家族等が実施	できる	一部介助	家族等が実施	家族等が実施	一部介助	あり
ヘルパーや家族が実施	トイレや風呂場は滑るのが怖くやっ ていない	干すのは家族やヘルパー	第1回家族が同伴で行くことはある		自分で管理しているが、飲み忘れが多く	

各項目の特記事項や補足情報あれば記入してください。

## Q ADLの情報を入力してください

食事動作	主食の形態	副食の形態	嚥下難	口腔ケア	義歯情報	義歯の部位	移動	移乗	入浴
自立	やわらかご飯	普通	なし	自立	総義歯	上下	自立	見守り	一部介助
特記事項							室内外とも杖使用 ふらつきあり	背中が洗えない	
排泄	失禁	排泄方法	着脱(上衣)	着脱(下衣)	睡眠	転倒リスク	せん妄・不穏	視力	聴力
自立	時々	トイレ	一部介助	自立	良眠	中	なし	目の前の視力確認表の図見える	普通の声やと聞き取れる
特記事項	ふらつきがあり不安なため、夜間のみポータブル使用			袖を通すのが難しい、時間がかかる	眠剤を使用することで眠れている				
認知症等の症状					その他 (IADL/ADLの追加情報を記載)				
特になし					なし				

各項目の特記事項や補足情報あれば記入してください。