

## 連携シート（施設・ケアマネ様向け）

ご利用者様と円滑にご希望に添ったサービスを提供させていただくために、今回のご利用にあたっての状況、またご利用者様についてお分かりになる範囲でお答えください。

氏 名： \_\_\_\_\_ 性別： 男性 ・ 女性 \_\_\_\_\_  
生年月日： \_\_\_\_\_ 年齢： \_\_\_\_\_

■現病歴とお薬情報（お薬手帳がない場合はより詳しく。残薬量や服用経過なども聞かれることが多いです）

病名	病院名	通院	内服処方／残薬状況
		有・無	有・無／ _____
		有・無	有・無／ _____
		有・無	有・無／ _____
		有・無	有・無／ _____
		有・無	有・無／ _____

※お薬情報についてはお薬手帳のコピーが望ましいです。無い場合は、別途、お薬情報の詳細を添付してください。

■今回の病院受診に至った経緯や現状・経過・問題点など詳しくご記載ください

（病院は付き添っているスタッフがすべて把握している前提で質問してきますので、  
医師からの質問に対し必要になる情報を可能な限り共有して下さると助かります）

### ■お付き添い前の持ち物チェックのお願い■

病院についてから「見つからない！」ということがございます。  
事前に余裕をもったご準備をお願いいたします。

☐予約票 ☐診察券 ☐保険証 ☐お薬手帳 ☐介護手帳 ☐身障手帳 ☐マイナンバーカード  
☐お金（病院代・お薬代） ☐医師へのお手紙 ☐ペースメーカー手帳

■現在通院中の病院（例. ○病院の△△科に××病の経過観察 など）

■既往歴（今までに患った病気やケガ／例.1990 年 脳梗塞 手術など）：

■MRI などの検査に必要な情報（次のような方は検査を受けられないことがあります。必ず申し出てください）

MRI 検査を受けることができますか？（ できる ・ できない ・ わからない ）

- ☐心臓ペースメーカーを埋め込んでいる
- ☐人工内耳、人工中耳
- ☐ステント挿入手術を 2 週間以内に受けられた
- ☐古い人工心臓弁の手術を受けている
- ☐眼に微細な金属片が入っている（または入っていると疑わしい方）
- ☐チタン製以外の脳動脈瘤クリップが入っている
- ☐金属の義眼底である
- ☐骨折によりボルト固定がされたままである（手術した病院名と手術時期、分かれば材質も）

## ■身体機能・日常生活動作

最新の体重:      kg (      月      日に計測)

運動麻痺：無・有（部位：\_\_\_\_\_）

感覺麻痺：無・有（部位：\_\_\_\_\_）

嚥下障害：無・有

移動：屋内（何も使わず歩行できる ・ 杖 ・ シルバーカー ・ 歩行器 ・ 車いす ・ ストレッチャー）

屋外（何も使わず歩行できる・杖・シルバーカー・歩行器・車いす・ストレッチャー）

排泄：小（トイレ・ポータブルトイレ・おむつ・カテーテル）

大（トイレ・ポータブルトイレ・おむつ・ストーマ）

食事：義歯（上・下・部分・なし）

むせ（あり・なし） 食事形態の工夫（ ）

入浴： 頻度 /週

介助量（自力・部分介助（内容： ））・全介助）

認知機能：問題ない・年齢相応に低下・中等度・重度・危険行動

その他の症状（ ）

## ■社会資源情報

介護度： 未申請 ・ 申請中 ・ 要支援（ ） ・ 要介護（ ）

身障手帳： 有 ・ 無

利用している介護サービス：

## ■生活狀況

生活サイクル：起床（      時）朝食（      時）昼食（      時）夕食（      時）入浴（      時）就寝（      時）

決まった日中の活動：(内容： )

内服状況：本人管理の場合（自分で間違いなく服用できる・準備している・口に運ぶ）

施設管理の場合（準備すれば内服可能・内服にすべて介助が必要）

その他（例、インスリンの注射を介助でしている。週に1回起床時に飲む薬がある）：

■サービス中に考えられる必要な介助サービス全てにチェックをつけてください

☐移動介助（車いす、杖、歩行器、シルバーカー、ストレッチャー、歩行見守り）

☐乗車介助 ☐食事介助 ☐口腔ケア ☐入浴介助 ☐更衣（着替え）介助

☐排泄介助 ☐夜間の見守り ☐病状観察 ☐その他（\_\_\_\_\_）

■サービス中に必要な医療行為に○をつけてください（医療行為は事前に医師の指示書が必要です）

☐内服介助 ☐吸入 ☐インスリン注射 ☐貼付薬の貼付 ☐吸引 ☐ストーマパウチ交換

☐導尿 ☐浣腸 ☐胃ろう ☐胃管からの栄養注入・管理 ☐点滴の管理 ☐酸素管理

☐その他（\_\_\_\_\_）

ルピネスタッフへの希望：\_\_\_\_\_

☐病院からの同意書へのサインの代筆をルピネスタッフに許可します

#### お申込者様

（カナ）：\_\_\_\_\_

氏名：\_\_\_\_\_ 続柄：（\_\_\_\_\_）

電話番号：（自宅）\_\_\_\_\_（携帯）\_\_\_\_\_

メールアドレス：\_\_\_\_\_

#### ご連絡者様（緊急連絡先やご報告を差し上げる方が、申込者様と同一でない場合はご記入ください）

（カナ）：\_\_\_\_\_

氏名：\_\_\_\_\_ 続柄：（\_\_\_\_\_）

電話番号：（自宅）\_\_\_\_\_（携帯）\_\_\_\_\_

メールアドレス：\_\_\_\_\_

この情報は個人情報取り扱い事項に基づき、厳重に管理されます。ご協力ありがとうございました。