

## 心不全地域連携情報共有シート

**ID ;**

患者氏名

生年月日

年            月            日

□荒尾市立有明医療センター

☐ 連携病院

初回記載日	年            月            日			最終記載日            年            月            日			
感染症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> HbsAg <input type="checkbox"/> HCV <input type="checkbox"/> TPHA <input type="checkbox"/> その他						
医療行為	血糖測定	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし				
	インスリン	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし				
	酸素	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし				
	吸引	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし				
入院前の食事	調理者	<input type="checkbox"/> 本人	<input type="checkbox"/> 家族	<input type="checkbox"/> その他（                      ）			
	内容	<input type="checkbox"/> 自炊	<input type="checkbox"/> 外食	<input type="checkbox"/> 惣菜・加工食品 <input type="checkbox"/> 宅食 <input type="checkbox"/> 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"/> 全面介助			
	食種	<input type="checkbox"/> 常食	<input type="checkbox"/> 特別食	（            ）    塩分制限（         ） g			
	アレルギー	<input type="checkbox"/> あり	（            ）		<input type="checkbox"/> なし		
	その他	<input type="checkbox"/> 経管栄養	<input type="checkbox"/> 中心静脈	<input type="checkbox"/> 末梢			
		排泄	<input type="checkbox"/> トイレ	<input type="checkbox"/> ポータブルトイレ	<input type="checkbox"/> オムツ	<input type="checkbox"/> 尿道留置カテーテル	<input type="checkbox"/> ストーマ
<input type="checkbox"/> 自立			<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全面介助		
清潔		<input type="checkbox"/> 入浴	<input type="checkbox"/> 介助浴	<input type="checkbox"/> シャワー	<input type="checkbox"/> 清拭		
		<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全面介助		
内服管理		入院前	<input type="checkbox"/> 本人	<input type="checkbox"/> 家族	<input type="checkbox"/> 一包化 <input type="checkbox"/> その他（                      ）		
		退院時	<input type="checkbox"/> 本人	<input type="checkbox"/> 家族	<input type="checkbox"/> 一包化 <input type="checkbox"/> その他（                      ）		
	寝起き	<input type="checkbox"/> 布団	<input type="checkbox"/> ベッド				
	トイレ	<input type="checkbox"/> 和式	<input type="checkbox"/> 洋式	<input type="checkbox"/> ポータブルトイレ	<input type="checkbox"/> オムツ		
	階段使用	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 手すり	<input type="checkbox"/> スロープ	<input type="checkbox"/> その他（                      ）		
	家屋	<input type="checkbox"/> 平屋	<input type="checkbox"/> 2階建て	<input type="checkbox"/> 集合住宅    （エレベータ <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし）			
	入院前 A D L	寝返り	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全面介助	
起き上がり		<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全面介助		
移乗		<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全面介助		
寝衣交換		<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全面介助		
退院時 A D L	寝返り	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全面介助		
	起き上がり	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全面介助		
	移乗	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全面介助		
	寝衣交換	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全面介助		
M M S E	初回	年            月            日	/ 3 0 点				
	2回目	年            月            日	/ 3 0 点				
栄養指導	初回	年            月            日					
	2回目	年            月            日					
問題行動	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> 幻聴 <input type="checkbox"/> 幻視 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> その他（                      ）						
介護保険	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> あり    ケアマネージャー 要支援 <input type="checkbox"/> Ⅰ <input type="checkbox"/> Ⅱ <input type="checkbox"/> Ⅲ <input type="checkbox"/> Ⅳ <input type="checkbox"/> Ⅴ 要介護 <input type="checkbox"/> Ⅰ <input type="checkbox"/> Ⅱ <input type="checkbox"/> Ⅲ <input type="checkbox"/> Ⅳ <input type="checkbox"/> Ⅴ						
サービス利用内容	<input type="checkbox"/> デイサービス <input type="checkbox"/> ショートステイ <input type="checkbox"/> ヘルパー <input type="checkbox"/> 訪問看護						
家族構成	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 同居（                      ）						