看護・介護の連携シート

日付: 年 月 \Box 事業者名 事業者名 電話番号 電話番号 FAX番号 FAX番号 E-mail E-mail 担当者 担当者 日頃より大変お世話になっております。お忙しいところ誠に恐れ入りますが、下記のことで ご連絡させていただきました。 口ご確認下さい 口返信をお願いします 氏 名 (ID) 性別 生年月日 才 利 用 者 住 所 介護度 要支援 1 , 2 要介護 1・2・3・4・5 | 申請中 □ 照会·報告 ※ 利用者同意有口(契約時の包括同意含む) 絡 □ 相談 内 □ その他 容 <内容> <回答 返信>

年 月 日 氏名:

看護・介護の連携シート

記入例

日付: 2018年8月1日 事業者名 日本病院 事業者名 老健施設 ₹号 電話番号 FAX番号 E-mail 送信元→送信先にな 担当者 るように夕をいれてく 記のことで 日頃より大変お世話になっております。お忙しいとこ ご連絡させていただきました。 ☑ご確認下さい □返信をの感・・・・。 氏 名 (ID) 岩見 沢子 性別 女 生年月日 昭和23年2月1日 70 才 利 用 者 住所は岩見沢市・・・・・ 介護度 要支援 1 • 2 要介護 1・2・3・4・5 申請中 ☑ 照会・報告 ※ 利用者同意有☑(契約時の包括同意含む) □ 相談 絡 内 □ その他 容 <内容> お世話になっております。入院中の患者様ですが、8月10日に退院の予定になりました。ADLの低下あり 移動時ふらつきがあります。退院時には看護サマリーを渡します。 <回答 返信>

> 平成30年 北海道看護協会南空知支部看護職能委員会作成

年 月

日 氏名:

看護・介護の連携シート

記入例

日付: 2018年8月1日

	事業者名	日本病院	<u>.</u>	✓	—>	事業者名		老健施設	
-	電話番号					電話番号			
F	FAX番号					FAX番号			
F	E-mail			1		1./	元→送信	1	
L	担当者			」 お計し	114	\Box	うに☑をい	_	かことで
		(支が色品になって) [いただきました。 					原いしる		<i>,,,</i> ,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,
利用	氏名 (ID)	岩見、沢	7	性別	女	生年月日	昭和23	3年2月1日	70 才
老	住所	岩見沢市・・・・・							
	介護度	要支援 1 • 2	要介	·護 1	• 2	• 3 • 4	• 5	□ 申請中	
連絡内容	{			*	利用	者同意有☑(契約時の行	包括同意含む)	
	内容> 世話になって			、8月1	0日に	 :退院の予定	になりました	た。ADLの低下	あり
		があります。退院時に							
<u> </u>	回答 返信)	>							
おt	世話になって	.おります。8月3~5日					:思います。		
後E	3日程調整の	の連連絡をいたします。	。よろしくお願	負いいた	こします	- 。			
			2018 年		_		三夕 ·	空知 龙之	

記入例③

看護・介護の連携シート

日付: 2018年8月20日

	事業者名	老健施設	V		事業者名	日本病院				
	電話番号 FAX番号		V		電話番号 FAX番号					
	E-mail				E-mail					
	担当者 コ頃ょのま	<u>空知 花子</u> 変お世話になっております。	 お忙し	سل ۱٫۱	担当者		支部子 √ 下記 ()	ハートで		
						がいします 	7. 1.00			
利用	氏名 (ID)	岩見 沢子	性別	女	生年月日	昭和23年2	2月1日	70 才		
君	住所	岩見沢市・・・								
	介護度	要支援 1 • 2 要介	護 1	• 2	• 3 • 4	• 5	申請中			
道 約 万 名	〕 ┃□ その他		*	利用]者同意有☑	(契約時の包括	舌同意含む	3)		
	物容>	いております。ンどう留置カテーテ	ルの最	終交技	奥日をお知ら	せください。				
	回答 返信)									
〇月△日に実施しています。14Fr固定水は10mlです。										
		2010 /	0		M D	<i>□</i>	; ⊥ ⊹⊹⊓⊃			
		2018 年	ŏ	月 2	21 日 氏	台 · 民	支部子			

医療と看護・介護の連携シート

日付:

年

月

 \Box

事業者名 医療機関名 (科名) 電話番号 FAX番号 主治医名 先生 E-mail 担当者 日頃より大変お世話になっております。お忙しいところ誠に恐れ入りますが、下記のことで ご連絡させていただきましたので、太線の中の記入をよろしくお願い致します。 氏 名 性別 生年月日 才 (ID)利 用 者 住 所 介護度 要支援 1 • 2 要介護 · 2 · 3 · 4 · 5 申請中] 主治医の先生への相談 ※回答欄で可否についての指示をお願いします 連 情報提供 絡 内 ↑サービス担当者会議開催についての相談 容 その他 〈利用者の照会・相談内容等〉 ※ 利用者同意有口(契約時の包括同意含む) 《主治医回答欄》 <主治医からの回答・助言等> の件 口可 口不可 年 月 \Box 氏名: □ 会って話をします。 月 \Box 分 頃に来院して下さい (時 その他の連絡 □ 電話で話をします。 分 頃に電話して下さい 方法 \Box 衻 (必要時) □ 手紙、FAXまたはメールで回答します。

記入例①

医療と看護・介護の連携シート

日付: 2018年7月20日

医療機関名(科名)		日本病院			事業者名電話番号		訪問看護			
主治医名		北海	先生			生信元→送信		\		
担当 なるように図を入れ 日頃より大変お世話になっております。お忙しいところ誠										
利用	氏 名 (ID)	岩見 沢男(〇)	200) 性	生別 男	生年月日	昭和234	年2月2日	72 才		
者	住 所	岩見沢市・・・・								
	介護度	要支援 1 ・ 2	要介護	1 • 2	• 3 • 4	• 5	□申請中			
連絡内容	✓情報	プラン・サービス担当			についての ! 談	指示をお願(いします			
《内容》 ※ 利用者同意有図(契約時の包括同意含む) 心身状態の変化が見られています。状況説明の支援に、診察に同席してよろしいですか。 介護サービス利用時や家庭訪問時に、被害妄想や身体面の変化が見られております。 また、受診時の先生のお話は理解できていない様子です。 次回受診(〇月〇日)に同席し、支援したいと考えております。										
				医回答欄	» 					
<主	台医から	の回答・助言等>			同席	の件	√ □ □7	可		
定期受診には妄想の訴えはありませんでしたが、状況によっては入院も想定されます。入院について家族の意向を確認しておいてください。										
			2018 年	<mark>7 月 2</mark>	<u> 2</u> 8	名:	北海			
方	の連絡 i法 要時) □] 会って話をします。] 電話で話をします。] 手紙、FAXまたはメール		8	時	分 頃に来院 分 頃に電話)		

記入例②

医療と看護・介護の連携シート

日付: 2018年7月20日

医療機関名 (科名)			日本 北海	本病院 				事業者名 電話番号 FAX番号	ケ	·アマネージャ·	_	
	主治医名 北海 先生 日頃より大変お世話になっております。お忙しいところ誠に恐れ入りますが、下記のことでご連絡させていただきましたので、太線の中の記入をよろしくお願い致します。											
利用者	氏 名 (ID) 住 原		石見			性別	女	生年月日	昭和2	25年2月1日	68 才	
	介護原	_	要支援 1	• 2	要介記	護 1	• 2	• 3 • 4	• 5	□ 申請中		
連絡内容	□ 情報	報提·	ス担当者会議				で可否	「についての打	旨示をお願	類いします)	
〈内容〉 ※ 利用者同意有☑(契約時の包括同意含む) 来月(10月)15日~18日、△△のショートステイを利用することになりました。 施設側から一日の水分摂取量(最低量)について主治医の指示を受けるよう話がありましたので、ご回答よろしくお願いいたします。 現在の摂取量は800ml程度、栄養は1000Kcalです。												
· / -)	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·				《主治	医回		··	~ /#			
〈主治医からの回答・助言等〉 水分摂取量 の件 ☑可 □不可 基本的には栄養にプラス200ml (最低) でもOKだと思います。 尿量や痰の様子などを観察し、必要に応じて増やしてもらうとよいでしょう。												
				2	2018 年	7_	月 <mark>2</mark>	<u>22</u> 日 氏	:名:	北海		
方	9の連絡 可法 要時)		会って話をします。 電話で話をします。 手紙、FAXまたは	- (月 月 答します。)	B B	_		院して下さい 話して下さい)	