

# 記入の手引き

## 本人・家族、ケアマネ等

一日の流れを時間軸に沿って記入し、在宅生活がイメージできるようにします。上段に在宅生活の様子、下段に介護保険サービスの提供時間などを記入します。

## 本人・家族、ケアマネ等

現在利用している在宅サービスを可視化するように記入します。

## 訪問看護師、ケアマネ、ヘルパー等

在宅生活の基盤となる情報です。医療行為や処置方法、その部位、頻度、使用している薬品などについては、看護サマリーなど既存の書類を活用します。

## リハビリスタッフ、訪問看護師、ケアマネ等

在宅で継続していること、回避していることなどを詳しく記載しましょう。そうすることで、入院していた病院の医療職者に、より具体的に退院後の身体機能維持の状況が伝わります。

## ケアマネ、ヘルパー等

在宅支援者から、医療職者に相談したいこと、報告したいことを記載します。本人・家族からの相談・意見も踏まえたものにします。

## 地域連携診療計画書(その4) <在宅・維持期から急性期病院へ>

- 自宅退院後の様子をもとにして、在宅生活を支える方々と急性期治療の先生方との相談の機会です。
- リハビリの欄は、リハビリスタッフに限らず、記入できる方ならどなたが記入しても構いません。
- 在宅診療のかかりつけ医からの紹介状の添付書類として活用してください。
- 急性期治療を要する場合を除き、地域連携診療計画書の各管理病院に戻すか、当医療圏事務局までご連絡下さい。

ふりがな 氏名		ご家族・キーパーソン (お名前、続柄等)	
様 (男 女)			
生年月日 西暦 19 年 月 日 ( ) 歳		現住所: 緊急連絡先: TEL ( )	
生活状況 主な日常生活上の活動 (内服薬、自己注射、活動内容、自主訓練等)			
0 3 6 9 12 15 18 21 24			
ご本人・ご家族から 利用しているサービス ①訪問看護 ②訪問介護 ③訪問リハビリ ④訪問入浴 ⑤通所リハビリ ⑥通所介護 ⑦居宅療養管理指導 ⑧配食 ⑨福祉用具			
サ ビ ス		月 火 水 木 金 土 日	
午前			
午後			
ご家族			
看護サマリー添付あり 記入日 月 日 記入者		移動	
障害自立度(寝たきり度)(J A B C-1 2)		屋内	
認知高齢者生活度( I IIa IIb IIIa IIIb IV V )		屋外	
身長( )cm 体重( )kg: 増減( )kg/直近3か月		自立 歩行 見守り 介助	
栄養状態(良 不良) 利き手(右 左) 義歯 □有(上 下)		自立 補助具使用 介助	
食事 □自立 □見守り □介助		自立 歩行 見守り 介助	
□経口:主食(米飯 粥) 副食(常 ぎざみ)		自立 歩行 見守り 介助	
□経管(経鼻 経胃)( )Fr 交換( )週ごと		自立 歩行 見守り 介助	
□自立 □見守り □常時見守り □介助		自立 歩行 見守り 介助	
排尿回数( )回/日 夜間排尿( )回		自立 歩行 見守り 介助	
排便回数( )回/日 最終排便日( / )		自立 歩行 見守り 介助	
排泄 オムツ 尿器 トイレ ポータブルトイレ(24h 夜のみ)		自立 歩行 見守り 介助	
スマ 膀胱ろう		自立 歩行 見守り 介助	
尿道カテーテル:( )Fr 交換( )週ごと		自立 歩行 見守り 介助	
入浴 □自立 □見守り □介助(軽 中 重)		自立 歩行 見守り 介助	
更衣 □自立 □見守り □介助(軽 中 重)		自立 歩行 見守り 介助	
整容 □自立 □見守り □介助(軽 中 重)		自立 歩行 見守り 介助	
□吸痰・口腔ケア □別紙参照		自立 歩行 見守り 介助	
□床ずれ・清拭 □別紙参照		自立 歩行 見守り 介助	
□服薬の注意点 □別紙参照		自立 歩行 見守り 介助	
リハビリサマリー添付あり 記入日 月 日 記入者		機能低下時のリハビリ相談先:	
FIM等の機能評価		リハサービス	
在宅で継続していること			
回避していること			
ケアマネジャー等の支援者からの意見・相談			
記入日: 年 月 日 記入者:			
かかりつけ医からの意見・相談 (通院時・往診時の様子)			
記入日: 年 月 日 記入者:			
急性期治療医からの意見・お願い (今後の受療時期・検査の必要性等)			
私は上記の地域連携に基づく診療計画に関する説明を受けました。書かれた内容が病院・施設間の連絡調整等に使用されることに同意します。			
説明・同意日: 年 月 日			
記入日: 年 月 日 記入者: 本人、家族の署名:			

## (その4)の概説

回復期病院からの退院月、または翌月に使用します。在宅での生活の様子、身体状況などのかかりつけ医を通して計画管理病院へ送付します。

また、病状の悪化などがあつた場合にも、かかりつけ医を通してあらかじめ確認している緊急時の医療機関へ情報提供します。

## 訪問看護師、ケアマネ、ヘルパー等

在宅生活を支援する上で、特に注意していることや、対応に苦慮していることを記入します。

## リハビリスタッフ、訪問看護師、かかりつけ医、ケアマネ等

「日常生活機能評価 評価の手引き」を参照して記入します。

## リハビリスタッフ、訪問看護師、ケアマネ等

介護保険サービス以外でも、利用しているリハビリについて、頻度や時間など具体的に記入します。

## かかりつけ医

通院時、往診時に把握した状態、状況などについて記載します。

## 地域連携診療計画退院時指導料(Ⅱ)

300点 算定要件

診療所又は許可病床数200床未満の病院

回復期病院からの退院月または翌月までに外来医療を提供した患者に対し、この書式を利用し、計画管理病院へ情報提供を行います。その際、日常生活機能評価を行い、記載することが必要です。

\*記入後、各計画管理病院の医療連携室宛にご送付下さい