

連携シート『むすびの和』

1 居宅療養管理指導

2 診療情報提供書

氏名 記入日 平成 年 月 日

医療・介護サービスに活用されることに 同意する 同意しない 印

医療機関・医師氏名： TEL： FAX：

医療機関所在地： 緊急連絡：

訪問診療・外来 後送病院： 診療所連携医： 歯科医：

疾病名・開始年月日

① ②  
③ ④

現病歴（症状・検査・治療）・薬歴：

主訴(困っている事)：

日常生活に関する留意事項(食事・排泄・入浴・外出等の具体的指示)

緊急時に指示等(事前対応指示・予想される状態時の対応)

感染症(B・C型肝炎、MRSAなど)

特別な医療（シートに記載）

各医療行為の具体的な指示：

地域連携パス(病院を定期的に受診も含む)

糖尿病 がん 脳卒中 心筋梗塞 緩和ケア NST 大腿頸部骨折 胃ろう 人工肛門

具体的に：

食事内容 | 腎臓食、食塩制限( g)、カロリー制限( kcal)、形態 ( )

栄養状態 | 血清蛋白： g/dl アルブミン： g/dl ヘモグロビン： g/dl

認知症 | 精神科医 MRI 等検査 キーパーソン ( )

問題点 ( )

その他