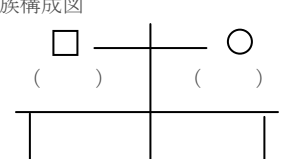


# 連携シート『むすびの和』

記載日 年 月 日

記入者 所属

氏名 ( ) 様) 性別 ( <input type="checkbox"/> 男・ <input type="checkbox"/> 女 )		(住所) 〒	
要介護度: 有効期間: ~		(tel)	
(在宅療養開始日 平成 年 月 日)		<input type="checkbox"/> M・ <input type="checkbox"/> T・ <input type="checkbox"/> S・ <input type="checkbox"/> H 年 月 日 才	
基本データ	医療機関と主治医	病名・ ① 発症 年 月 日	医療内容
	①	既往歴 ② 年 月 日	<input type="checkbox"/> 点滴(IVH・ ) <input type="checkbox"/> 浣腸・摘便
基本データ	② 担当ケアマネジャー	③ 年 月 日	<input type="checkbox"/> 経管栄養(胃ろう・経鼻)
	所属	内服薬 ①	<input type="checkbox"/> 透析(人工・腹膜) <input type="checkbox"/> 酸素療法
基本データ	氏名	②	<input type="checkbox"/> インスリン( 単位) <input type="checkbox"/> 気管切開
	担当コーディネーター	③	<input type="checkbox"/> 人工呼吸 <input type="checkbox"/> 褥瘡等の処置
基本データ	所属	④	<input type="checkbox"/> 留置カテーテル <input type="checkbox"/> 吸引・吸入
	氏名	⑤	<input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 緩和ケア
感染症 <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有( ) 感染症		身体状況:	
		麻痺有無( ) 歩行状況( )	
個人因子	生活史・趣味・好きな事・嫌いな事・信条・最近嬉しかった事・困った事		寝たきり度: ランク <input type="checkbox"/> J・ <input type="checkbox"/> A・ <input type="checkbox"/> B1・ <input type="checkbox"/> B2・ <input type="checkbox"/> C
			認知度: ランク <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M 認知症周辺症状(含:原因が認知症以外の疾患)
個人因子	本人の願い・希望:		経済状況
	終末期や緩和ケアへの思い( 年 月 日現在):		年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> その他( ) <input type="checkbox"/> 無
		身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( 級)	
環境因子	家族の願い・希望:		家族構成図
	利用しているサービス: <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 通所リハ <input type="checkbox"/> ショートステイ <input type="checkbox"/> 訪問歯科 <input type="checkbox"/> 在宅療養管理指導(医・歯・薬・栄・看) <input type="checkbox"/> 福祉用具( ) <input type="checkbox"/> 住宅改修 <input type="checkbox"/> その他( )		
	家族の介護力:		男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/>
	社会的環境:		本人は二重、死亡者は塗りつぶし 同居者 <input type="checkbox"/> ( )に年齢 <input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 老人世帯
装具・補助具等についても記入すること		現 状	目 標
		頑張れば自分のできる	生活の中でしている
活動	屋外活動		
	屋内移動		
	食事		
	排泄(トイレ移動)		
	入浴(清潔保持)		
	口腔ケア		
	コミュニケーション		
家事			
参加	状況 (社会参加:家庭の役割を含む)		

関連者の意見 ( ) 記入時:入院中、退院直後、療養中( 年)、( )

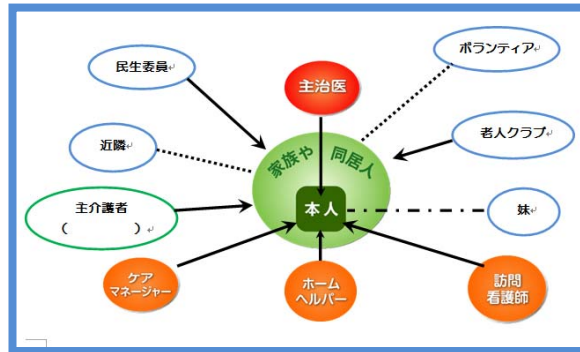
職種	内容(状況変化、他職種に留意・依頼したいこと等)
主治医 氏名:  事業所: tel:	記載日:平成 年 月 日
訪問看護師 氏名:  事業所 tel:	記載日:平成 年 月 日
職種: 氏名:  事業所: tel:	記載日:平成 年 月 日
職種: 氏名:  事業所: tel:	記載日:平成 年 月 日
職種: 氏名:  事業所: tel:	記載日:平成 年 月 日
職種: 氏名  事業所: tel:	記載日:平成 年 月 日
職種: 氏名:  事業所: tel:	記載日:平成 年 月 日
職種: 氏名  事業所: tel:	記載日:平成 年 月 日
職種: 氏名:  事業所: tel:	記載日:平成 年 月 日
地域等関係者 氏名  関係 tel	記載日:平成 年 月 日
家族・介護者 氏名 :  tel :	記載日:平成 年 月 日
ケアマネージャー ソーシャルワーカー 氏名 : 所属 : tel : 携帯:	記載日:平成 年 月 日

# むすびの和「エコマップ」

医療・福祉サービスを合理的かつ効率的に提供するために、利用者や家族の人間関係やさまざまな社会資源の状況を一見して理解できるように図式的、系統的に描きだした地図のようなものをいいます。

利用者の抱える問題を個人の問題としてではなく、人と環境との相互関係によってとらえる援助方法のことをいいます。

<記入例>



■下記から必要な関係者(機関)をコピー(必要に応じて編集・削除)して、関係線で結び図を作成してください

福祉施設	通所介護	通所リハ	訪問リハ
ショートステイ	グループホーム	リハビリ病院	〇〇病院
地域包括支援センター	福祉用具業者	調剤薬局	保健師

