

施設利用者が外来受診する場合の地域連携情報シート（施設職員が記入）

ふりがな 氏 名	男・女	生年月日 T・S・H	年 月 日 (歳)
-------------	-----	---------------	------------

☐ ロングショートステイ ☐ ショートステイ ☐ 施設入所 ☐ 小規模多機能型居宅介護施設

▼施設利用者の普段の生活についてご記入下さい。

項 目	状 況
食 事	自立・一部介助・全介助 食事の種類（主食： 副食： ） 食事量： 経管栄養：経鼻・胃ろう・腸ろう（規格： Fr ） 栄養剤の種類（ ） 注入量：朝： 昼： 夕：
排 泄	自立・一部介助・全介助 トイレ・ポータブルトイレ・尿器・オムツ・フォーレ
移 動	自立・介助歩行・全介助 補装具：杖・歩行器・車椅子・その他
精神状態	<input type="checkbox"/> 認知症： 有 ・ 無 <input type="checkbox"/> 疎通： 可 ・ 不可 <input type="checkbox"/> つじつまの合わない言動 <input type="checkbox"/> 不穏行動 <input type="checkbox"/> 声出し <input type="checkbox"/> 見当識障害 <input type="checkbox"/> その他（ ）
医療状況	吸引・ストーマ・酸素（ L） 褥瘡（部位等 ） インシュリン（ 自己・ 看護師管理 ）種類・単位： その他：
持参薬	持参薬： 有 ・ 無 ※有の場合は、持参薬を預かり外来看護師に引き継ぐ。 お薬手帳： 有 ・ 無 ※有の場合は、お薬手帳を借用し外来看護師に引き継ぐ。
家族連絡先 （必須）	① 氏名： 続柄： <input type="checkbox"/> 連絡済 電話番号：
	② 氏名： 続柄： <input type="checkbox"/> 連絡済 電話番号：
施設担当者	施設名： 施設担当者氏名： 施設電話番号：

- ☐ 施設職員は施設利用者の家族が来院するまで、もしくは外来受診中は施設利用者に付き添って下さい。
- ☐ 施設利用者が入院する場合は、施設職員からご家族様に電話連絡し、外来看護師に引き継いで下さい。
- ☐ 介護要約がある場合は外来看護師に渡して下さい。渡せない場合は、いつ頃までに渡せるか外来看護師にお伝え下さい。（ショートステイ利用者については不要です）