

# 一般社団法人脳卒中 地域医療連携パス協会システム

---

## 医療介護連携用シート 入力画面について

2014/3/24

## メニュー（イメージは急性期） 医療介護連携用情報シート

ログイン:

ログアウト&gt;&gt;

## 連携パス情報

更新

現在の連携患者数(人)

急性期 回復期 維持期

## お知らせ

お知らせはありません。

## クリニカルパス情報登録

急性期パス登録  
【入院時（申込時）】急性期パス登録  
【退院時】

入院申込書登録

医療介護連携用  
情報シートクリニカルパス情報登録に  
『医療介護連携用シート』が追加になります。

## 連携担当登録・照会



回復期担当申請



回復期担当確定



維持期担当申請



維持期担当確定

## 基本情報登録・検索



患者情報登録



患者情報検索

ユーザー名・  
パスワード変更

医療機関・施設登録

## 医療介護連携用情報シート画面イメージ 1ページ目

パス登録・入院申込書登録同様、登録する患者を選択すると入力画面が表示されます。

入力画面は3ページで構成されています。

部分的に入力し、一時保存する場合は必ず各ページ最下部にある【次へ（一時保存）】ボタンをクリックします。最終登録は3ページ目最下部にある【登録】ボタンをクリックすると登録します。最終登録した内容を修正する場合は、再度患者を選択し内容を変更後【登録】ボタンをクリックします。

### 《備考》

※一時保存は1、2ページのみ可能です。

※必須項目はありません。入力文字数等でエラーが発生した場合のみエラーとなります。修正をお願いします。

※最終登録した内容の変更は、次の転院先病院側で受入登録をするまで可能です。

HOME

ログイン:

ログアウト>>

## 医療介護連携用情報シート

患者検索 ▶ 基本情報・医療情報 ▶ 身体機能および日常生活動作（ADL） ▶ ソーシャルワーク

登録:

最終更新:

記載日	<input type="text"/>		
氏名	<input type="text"/>	氏名(カナ)	<input type="text"/>
生年月日	<input type="text"/>	性別	<input type="radio"/> 男 <input checked="" type="radio"/> 女
年齢	<input type="text"/> 歳		
住 所 地	郵便番号	<input type="text"/>	
	都道府県	<input type="text"/>	
	市区郡	<input type="text"/>	
	町名	<input type="text"/>	
	番地	<input type="text"/>	
	ビル・マンション名	<input type="text"/>	
電話番号	<input type="text"/>		
現 在 の 居 場 所	場所	<input type="radio"/> 自宅 <input type="radio"/> 病院 <input type="radio"/> 老健 <input type="radio"/> 特養 <input type="radio"/> その他 (名称: <input type="text"/> 診療科・フロア名等: <input type="text"/> )	
	郵便番号	<input type="text"/>	
	都道府県	<input type="text"/>	
	市区郡	<input type="text"/>	
	町名	<input type="text"/>	
電話番号	<input type="text"/>		

### 《医療情報》

医療情報提供書参照 有無	<input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無			
診断名 (合併症含む)	主病名:	<input type="text"/>	日付:	<input type="text"/>
	リハビリ種別:	<input type="text"/>	日付:	<input type="text"/>
既往歴	記載医師 氏名:	<input type="text"/>		
	白内障:	<input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無		
	緑内障:	<input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無		
	廃用症候群:	<input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無 (診断日: <input type="text"/> )		

## 医療介護連携用情報シート画面イメージ 1ページ目

経路・経過	<input type="text"/>	
家族への説明	<p>※療養型での医療機能を必ず説明し同意を得てください</p> <input type="text"/> <p>療養型の医療機能について説明：<input type="radio"/>済<input type="radio"/>未  延命等の方針の説明：<input type="radio"/>有<input type="radio"/>無  [有の場合]内容：<input type="text"/></p>	
意識障害	<input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無 [有の場合] JCS： <input type="radio"/> I <input type="radio"/> II <input type="radio"/> III その他： <input type="text"/> GCS： <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> M	
気管切開	<input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無 [有の場合] カニューレ： <input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無 人工鼻の使用： <input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無 メーカー： <input type="text"/> 種類： <input type="text"/> サイズ： <input type="text"/> Fr. 交換頻度： <input type="text"/> 週毎	
医療処置等	点滴	<input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無
	中心静脈栄養	<input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無 [有の場合]種類： <input type="text"/> 、投与量： <input type="text"/> kcal/日
	酸素吸入	<input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無 [有の場合] <input type="checkbox"/> カニューレ <input type="checkbox"/> マスク <input type="text"/> l/分
	吸引	<input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無 [有の場合]頻度： <input type="text"/>
	バルン留置	<input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無 [有の場合]理由： <input type="text"/>
	血糖チェック	<input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無 [有の場合]頻度： <input type="text"/>
	人工呼吸器	<input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無
	ドレン管理	<input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無 [有の場合]種類： <input type="text"/>
	輸血	<input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無 [有の場合]種類： <input type="text"/> 頻度： <input type="text"/>
	人工透析	<input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無 [有の場合]頻度： <input type="text"/>
その他	<input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無 [有の場合] <input type="text"/>	
感染症	<input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無 [有の場合] <input type="checkbox"/> 梅毒 <input type="checkbox"/> HBV抗原 <input type="checkbox"/> HCV <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> MRSA (部位： <input type="text"/> 、量： <input type="text"/> ) <input type="checkbox"/> 疥癬 <input type="checkbox"/> 多剤耐性緑膿菌 (部位： <input type="text"/> 、量： <input type="text"/> ) <input type="checkbox"/> その他 ( <input type="text"/> )	
薬剤処方	内服薬： <input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無 外用薬： <input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無 注射薬： <input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無 [内容] <input type="text"/> <p>薬剤管理：<input type="radio"/>自己管理<input type="radio"/>病棟等管理</p>	
経口摂取	<input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無 [有の場合]形態： <input type="text"/> 治療食： <input type="text"/>	

## 医療介護連携用情報シート画面イメージ 1ページ目

栄養 摂取	経管栄養	<input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無 [有の場合] <input type="checkbox"/> 鼻腔 <input type="checkbox"/> 食道ろう <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 腸ろう <input type="checkbox"/> その他( <input type="text"/> ) 種類: <input type="text"/> 摂取量: <input type="text"/> kcal/日 回数: <input type="text"/> 回/日 サイズ: <input type="text"/> Fr. 最終交換日: <input type="text"/>
	摂食機能療法	<input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無 <input type="checkbox"/> 直接訓練 <input type="checkbox"/> 間接訓練 <input type="checkbox"/> ST介入 <input type="checkbox"/> その他 ( <input type="text"/> )
禁忌・アレルギー		<input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無 [有の場合] 薬剤: <input type="text"/> 食品: <input type="text"/> その他: <input type="text"/>
精神 機能	認知症	<input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無 日常生活自由度: <input type="radio"/> 正常 <input type="radio"/> I <input type="radio"/> II a <input type="radio"/> II b <input type="radio"/> III a <input type="radio"/> III b <input type="radio"/> IV <input type="radio"/> M
	精神症状	<input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無 [有の場合] <input type="text"/>
	精神科受診	<input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無 [有の場合] 診断名: <input type="text"/> 受診先: <input type="text"/> ( <input type="text"/> 年 頃)
	失語症	<input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無
	構音障害	<input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無
身体 機能	麻痺	<input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無 [有の場合] <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 両側 <input type="checkbox"/> 上肢 <input type="checkbox"/> 下肢 <input type="checkbox"/> 体幹 <input type="checkbox"/> 完全 <input type="checkbox"/> 不完全 <input type="checkbox"/> その他( <input type="text"/> )
	拘縮	<input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無 [有の場合] <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 両側 <input type="checkbox"/> 上肢 <input type="checkbox"/> 下肢 <input type="checkbox"/> 体幹 <input type="checkbox"/> その他( <input type="text"/> )
	その他	<input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無 [有の場合] <input type="checkbox"/> 筋力低下 <input type="checkbox"/> 不随意運動 <input type="checkbox"/> 失調 <input type="checkbox"/> その他( <input type="text"/> )
リハビリテーション		<input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無 [有の場合] <input type="checkbox"/> 理学療法 <input type="checkbox"/> 作業療法 <input type="checkbox"/> 言語療法 <input type="checkbox"/> その他( <input type="text"/> )
療養型への入院理由 または 回復期リハではない理由		<input type="text"/>
特記および備考		<input type="text"/>

戻る 次へ(一時保存)

次ページを表示する時、  
入力内容を一時保存する時  
クリックします。

# 医療介護連携用情報シート画面イメージ 2ページ目

HOME ログイン ログアウト

## 医療介護連携用情報シート

患者検索 ▶ 基本情報・医療情報 ▶ 身体機能および日常生活動作 (ADL) ▶ ソーシャルワーク

### <身体機能および日常生活動作(ADL)>

身長・体重 身長:  cm 体重:  kg 測定日付:

← 夜間に、日中の回答をコピーする → ← 日中に、夜間の回答をコピーする →

	日 中	夜 間
視覚	眼鏡(○有○無) ○見える ○大きな字なら見える ○殆ど見えない ○見えない ○その他 ○不明	
聴覚	補聴器(○有○無) ○聞こえる ○大きな音なら聞こえる ○殆ど聞こえない ○聞こえない ○その他 ○不明	
褥瘡	○有○無 [予防方法] <input type="checkbox"/> 体圧分散器具( <input type="checkbox"/> マットレス <input type="checkbox"/> エアマット ) <input type="checkbox"/> その他( <input type="text"/> ) [有の場合] 部位: <input type="text"/> 程度: <input type="text"/> 処置方法: <input type="text"/>	
移動	<input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> シルバーカー <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子( <input type="text"/> ) ○自立○見守り○部分介助○全介助	
起居動作	○自立○見守り○部分介助○全介助	
移乗動作	○自立○見守り○部分介助○全介助	
排泄	失禁: ○有○無 [有の場合] <input type="checkbox"/> 紙パンツ <input type="checkbox"/> オムツ	失禁: ○有○無 [有の場合] <input type="checkbox"/> 紙パンツ <input type="checkbox"/> オムツ
排尿	尿意: ○有○無 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> オムツ ○自立○見守り○部分介助○全介助 回/日: <input type="text"/> バルン留置: ○有○無(理由: <input type="text"/> )	尿意: ○有○無 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> オムツ ○自立○見守り○部分介助○全介助
排便	便意: ○有○無 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> 差込便器 <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> オムツ ○自立○見守り○部分介助○全介助 回/日: <input type="text"/> 下剤等の使用: ○有○無 [有の場合] <input type="checkbox"/> 下剤 <input type="checkbox"/> 流腸 <input type="checkbox"/> 摘便	便意: ○有○無 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> 差込便器 <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> オムツ ○自立○見守り○部分介助○全介助
食事	<input type="checkbox"/> 箸 <input type="checkbox"/> スプーン <input type="checkbox"/> フォーク <input type="checkbox"/> 自助具( <input type="text"/> ) ○自立○見守り○部分介助○全介助	
清潔	<input type="checkbox"/> 入浴 <input type="checkbox"/> シャワー <input type="checkbox"/> 清拭 ○自立○見守り○部分介助○全介助	
更衣	○自立○見守り○部分介助○全介助	
整容	○自立○見守り○部分介助○全介助	
コミュニケーション(理解)	<input type="checkbox"/> 口頭 <input type="checkbox"/> 筆談 <input type="checkbox"/> 50音表 <input type="checkbox"/> 身振り <input type="checkbox"/> その他( <input type="text"/> ) ○可○多少可○殆ど不可○不可	
コミュニケーション(表現)	<input type="checkbox"/> 口頭 <input type="checkbox"/> 筆談 <input type="checkbox"/> 50音表 <input type="checkbox"/> 身振り <input type="checkbox"/> その他( <input type="text"/> ) ○可○多少可○殆ど不可○不可	
チアスコール	○押せる○あいまい○押せない	
問題行動	○有○無 [有の場合] <input type="checkbox"/> 精神症状 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 頻回のコール <input type="checkbox"/> 転倒・転落 <input type="checkbox"/> 自己抜去 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 攻撃的行為 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 大声 <input type="checkbox"/> その他( <input type="text"/> )	○有○無 [有の場合] <input type="checkbox"/> 精神症状 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 頻回のコール <input type="checkbox"/> 転倒・転落 <input type="checkbox"/> 自己抜去 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 攻撃的行為 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 大声 <input type="checkbox"/> その他( <input type="text"/> )
行動制限	○有○無 [有の場合] [方法] <input type="checkbox"/> ベッド欄 <input type="checkbox"/> ベルト( <input type="checkbox"/> 体幹 <input type="checkbox"/> 上肢 <input type="checkbox"/> 下肢 <input type="checkbox"/> 車椅子 ) <input type="checkbox"/> ミトン <input type="checkbox"/> センサー <input type="checkbox"/> つなぎ服 <input type="checkbox"/> その他( <input type="text"/> ) 目的: <input type="text"/>	○有○無 [有の場合] [方法] <input type="checkbox"/> ベッド欄 <input type="checkbox"/> ベルト( <input type="checkbox"/> 体幹 <input type="checkbox"/> 上肢 <input type="checkbox"/> 下肢 <input type="checkbox"/> 車椅子 ) <input type="checkbox"/> ミトン <input type="checkbox"/> センサー <input type="checkbox"/> つなぎ服 <input type="checkbox"/> その他( <input type="text"/> ) 目的: <input type="text"/>
看護必要度 B	評価日	<input type="text"/>
	床上安静の指示	○なし○あり
	どちらかの手を胸元まで持ち上げられる	○できる○できない
	寝返り	○できる○一部介助○できない
	起き上がり	○できる○できない
	座位保持	○できる○支持があれば可○できない
	移乗	○できる○見守り○一部介助○できない
	移動方法	○介助を要しない○介助を要する
	口腔清拭	○できる○できない
	食事摂取	○介助なし○一部介助○全介助
衣服の着脱	○介助なし○一部介助○全介助	
他者への意思伝達	○できる○時による○できない	
診療療養上指示が通じる	○はい○いいえ	
危険行動	○なし○あり	
合計	0点	

← 夜間に、日中の回答をコピーする → ← 日中に、夜間の回答をコピーする →

特記事項

戻る 次へ(一時保存)

日中または夜間の状況を各々にコピーする場合にクリックしてください。

次ページを表示する時、入力内容を一時保存する時クリックします。

## 医療介護連携用情報シート画面イメージ 3ページ目

HOME

ログイン:

ログアウト&gt;&gt;

## 医療介護連携用情報シート

患者検索 ▶ 基本情報・医療情報 ▶ 身体機能および日常生活動作 (ADL) ▶ ソーシャルワーク

登録:

最終更新:

## 《ソーシャルワーク》

保険種別	<input type="checkbox"/> 国保( <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族) <input type="checkbox"/> 社保( <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族) <input type="checkbox"/> 後期( <input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割) <input type="checkbox"/> 非課税減額 <input type="checkbox"/> 高齢( <input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割) <input type="checkbox"/> 福 <input type="checkbox"/> 障害( <input type="checkbox"/> 食のみ) <input type="checkbox"/> 難病 <input type="checkbox"/> 原爆 <input type="checkbox"/> 乳 <input type="checkbox"/> 親 <input type="checkbox"/> その他( ) [生活保護] 福祉事務所 TEL ( ) 担当 ( ) CW)
身体障害者手帳	<input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無 [有の場合] 部位: ( ) ( ) 種 ( ) 級 ( ) 年交付
介護保険	<input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 自立 <input type="radio"/> 要支援( <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2) <input type="radio"/> 要介護( <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5)
主治医	<input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無 [有の場合] ( ) 先生( ( ) 病院・医院)
介護支援専門員	<input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無 ( ) ( ( ) CM)
その他の社会資源利用	<input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無 ( )
主たる意思決定者(KP)	<input type="radio"/> 本人 <input type="radio"/> 本人以外 [本人以外の場合] ( ) (続柄: ( ))
希望病室	<input type="checkbox"/> 差額なし <input type="checkbox"/> 2人部屋 <input type="checkbox"/> 個室 <input type="checkbox"/> 特別部屋 (本人) ( ) (家族) ( )
患者・家族の希望 (終末期医療に関する考えも 記入して下さい)	
自宅状況	[種別] <input type="radio"/> 持ち家 <input type="radio"/> 賃貸 <input type="radio"/> 一戸建て <input type="radio"/> 集合住宅 エレベーター( <input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有) <input type="radio"/> その他( ) 既改修: <input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無 今後の改修: <input type="radio"/> 可 <input type="radio"/> 不可
特記および備考	( )

戻る

登録

最終登録する時クリックします。

3ページ目の一時保存機能はありません。

一時保存を行う場合も登録ボタンをクリックして入力内容の登録を行います。後に修正を行ってください。