

医療・介護連携シート

御中

年 月 日 記載

氏名： _____ 生年月日： 明・大・昭・平・令和 _____ 年 月 日 (歳)

1. 主訴 (困っていること、相談したいこと、医師に伝えたいこと等)

2. それはいつから、どのような症状ですか？

3. ご要望

4. 生活状況について

<input type="checkbox"/> 食事量	<input type="checkbox"/> 変わらない <input type="checkbox"/> 減っている <input type="checkbox"/> 増えている <input type="checkbox"/> 過食	<input type="checkbox"/> 嚥下問題	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()
<input type="checkbox"/> 体重	<input type="checkbox"/> 変わらない <input type="checkbox"/> 減っている <input type="checkbox"/> 増えている ↳ () Kg / 期間 ()		
<input type="checkbox"/> 排尿	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 尿が少ない <input type="checkbox"/> 尿が出ていない <input type="checkbox"/> 頻尿	<input type="checkbox"/> 尿の色	()
<input type="checkbox"/> 排便	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 便秘 (1回 / 日 使用薬：) <input type="checkbox"/> 下痢 (回 / 日) 便の色 ()		
<input type="checkbox"/> 睡眠	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 不眠 (使用薬：) <input type="checkbox"/> 過眠 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 中途覚醒		
<input type="checkbox"/> 服薬	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 残薬あり () <input type="checkbox"/> 内服が難しい <input type="checkbox"/> 内服管理が難しい		
<input type="checkbox"/> 気になること			

5. バイタルサインがわかれば記入してください

血圧： _____ / _____ mmHg 脈拍： _____ 回 / 分 体温： _____ °C SpO2： _____ %
記載者： _____ (続柄： _____)
(連絡先： _____)

症状のある個所、状態にチェックをしてください

頭・顔

痛み しびれ めまい・ふらつき ピクつき・けいれん 麻痺

その他 ()

胸部

痛み 動悸 息苦しい ゼイゼイいう 咳 痰 (色調:)

その他 ()

腹部

痛み 吐き気・嘔吐 お腹がふくらんでいる

その他 ()

皮膚

痛み ただれ・発疹 腫れている 褥瘡

その他 ()

上肢 下肢

痛み 変形している 腫れている 色が赤い・黒い・白い 傷 浮腫

その他 ()

問題行動

興奮・不穏 落ち込み 徘徊 暴言・暴力 独語 会話不成立

その他 ()

症状のある箇所に印を記入してください

