

# 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

