

一市二町における高齢者等の医療・介護連携のための共通様式の活用について（手引書）

①

（目的）

患者（利用者）の利益のために関係機関での連携が速やかに行われるよう共通様式を使用する。また、互いに連絡を受けたときは連絡の内容に応じて関係機関への調整を行うものとする。

（連携のための窓口設置）

- ① 公立刈田総合病院では、受診、検査依頼等を目的とする医療機関・施設との前方連携を地域医療連携室が窓口となり、退院後の地域サービスの調整、在宅療養や施設入所を行う後方連携の窓口を医療相談室とする。
- ② 国保蔵王病院、大泉記念病院、仙南サトリウムでは、地域の関係機関と連携をするための地域医療相談室もしくは窓口となる職員を配置し、退院後の地域サービスの調整、在宅療養や施設入所を行う際の相談窓口となる。
- ③ 地域包括支援センター、介護保険事業所にも連携のための窓口となる職員を配置し対応にあたる。

（使用の際の留意点）

- ① 共通様式を使用する際は、患者（利用者）または家族から承諾を得るものとする。承諾が得られない場合でも担当者が必要と判断した時は使用することができる。
ただし、継続的支援が必要ではない、事務連絡で済む場合は電話だけで良いとする。
- ② ファックスの誤送信対策として、発信する前に必ず相手先に一度電話でその旨を連絡し、受信者はファックスが届いたことを発信者に連絡すること。

（共通様式）

＜医療・介護ケア連絡票 様式1 ケア相談予約票＞

関係機関が患者（利用者）について主治医・歯科医師・薬剤師へ相談したい時に、面談等の予約を簡便にできるものとして活用する。

＜医療・介護ケア連絡票 様式2 現況報告書＞

地域の関係機関から主治医等宛に、退院後の患者（利用者）のその後の状況を報告する時に使用する。

＜医療・介護ケア連絡票 様式3 居宅介サービス計画作成について＞

ケアマネジャーが主治医等宛に、居宅サービス計画書への意見等を聴取する、同意を求める時に使用する。

<医療・介護ケア連絡票 様式4 サービス担当者会議への出席依頼>

ケアマネジャーから関係者宛に、サービス担当者会議への出席依頼並びに欠席する場合は居宅サービス計画書への意見等の聴収に使用する。

<医療・介護ケア連絡票 様式5 訪問歯科診療申込書>

- ① 主治医もしくはケアマネジャー（入所施設では連携担当職員）は、在宅療養の患者（利用者または施設入所者）で、通院が困難でかつ歯科診察や治療を希望しているとき、訪問歯科診療を依頼する場合に使用する。
- ② 申込書は白石歯科医師会訪問歯科担当者（亙理歯科医院 亙理滋医師）に送付する。
- ③ 入所施設に協力歯科医師がいる場合はそちらを優先に相談してください。

<医療・介護ケア連絡票 様式6 薬剤師への連絡票>

- ① ケアマネジャーが在宅の利用者の薬剤管理に関する相談・依頼・ケアプラン作成への意見や助言等の確認、状況報告等をかかりつけ薬局へ連絡する場合に使用する。
- ② かかりつけ薬局がない場合は、仙南薬剤師会白石支部在宅医療担当（えんめい薬局 手代木管理薬剤師）に相談してください。

<医療・介護ケア連絡票 様式7 薬剤師への訪問指示書>

- ① 主治医が在宅の患者の処方箋交付時に薬剤師に訪問で対応を指示する場合、薬局への指示書として使用する。
- ② かかりつけ薬局がない場合は、仙南薬剤師会白石支部在宅医療担当（えんめい薬局 管理薬剤師手代木氏）に相談してください。

（診療情報提供書の様式と解説）

【ファクシミリ施行】

医療・介護ケア連絡票 様式1 (ケアマネジャー ⇄ 医療機関)

ケア相談予約票	
送信日	平成 年 月 日 ()
送信先	医療機関名 主治医名 様
発信者	所 属 職 氏 名 連絡先 電話 FAX
<p>【連絡事項】</p> <p>利用者様について、相談したいので、ご都合の良い日時をご連絡ください。</p> <p>氏名 様 生年月日 年 月 日 住所</p> <p><input type="checkbox"/> 新規・更新・区分変更等のケアプラン作成時の医学的所見について</p> <p><input type="checkbox"/> 利用者様の医療・看護・介護・病状の医学的意見、指示について</p> <p><input type="checkbox"/> サービス担当者会議における医学的意見について</p> <p><input type="checkbox"/> 福祉用具貸与(購入)について、医師からの医学的意見について</p> <p><input type="checkbox"/> 医療サービスを導入するにあたり、主治医の意見、相談について</p> <p><input type="checkbox"/> 利用者の生活状況についての相談</p> <p><input type="checkbox"/> 担当ケアマネジャーになった挨拶</p> <p><input type="checkbox"/> 電話でお話しがしたい</p> <p><input type="checkbox"/> 直接お会いして相談したい</p> <p><input type="checkbox"/> その他()</p> <p><input type="checkbox"/> ご本人・ご家族の同意を得て、ご連絡しています。</p> <p><input type="checkbox"/> ご本人・ご家族の同意は得られていませんが、ご本人の利益のため連絡しています。</p>	
送信者	氏 名 連絡先 : 電話 FAX
返信内容	<input type="checkbox"/> 主治医へ <input type="checkbox"/> 主治医以外へ (宛名) <input type="checkbox"/> 電話下さい:平成 年 月 日() AM・PM 時 分頃 <input type="checkbox"/> 来院下さい:平成 年 月 日() AM・PM 時 分頃 <input type="checkbox"/> 連絡します:平成 年 月 日() AM・PM 時 分頃 <input type="checkbox"/> その他

【ファクシミリ施行】

医療・介護ケア連絡票 様式2 (ケアマネジャー ⇄ 医療機関)

病院

主治医 様

この度は 様(歳)のご紹介ありがとうございました。

現在の状況について、下記のとおりご連絡いたします。

記

1 日常生活の様子	
2 医療状況	
服薬について <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり()	
通院について <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり()	
3 在宅でのサービス利用状況	
利用中の介護等サービス ※該当する口にチェック	利用状況 ※利用しているサービスの番号を記入し、頻度や内容等を記載する
<input type="checkbox"/> ①訪問介護 <input type="checkbox"/> ②訪問看護 <input type="checkbox"/> ③訪問入浴 <input type="checkbox"/> ④通所介護 <input type="checkbox"/> ⑤通所リハ <input type="checkbox"/> ⑥ショートステイ <input type="checkbox"/> ⑦福祉用具 <input type="checkbox"/> ⑧住宅改修 <input type="checkbox"/> ⑨その他	
4 その他の連絡事項	

発信者	送信日	平成	年	月	日
	所属				
	氏名				
	連絡先				

【ファクシミリ施行】

医療・介護ケア連絡票 様式3 (ケアマネジャー ⇄ 医療機関)

(医療機関名)
(主治医)

様

発信者	送信日
	所属
	担当者名
	電話
	FAX

居宅サービス計画の作成について(連絡)

日頃より大変お世話になっております。

先生が担当されている下記の方からのご依頼で、居宅サービス計画(ケアプラン)を作成しました。

つきましては、計画内容について、ご指導、ご助言を賜りたくFAXしました。ご多用のことと存じますが、このFAX用紙の【主治医記入欄】にご記載をいただきまして、ご返信をくださるようお願いいたします。

【ケアマネジャー 記入欄】

居宅サービス計画作成事由 : 新規・更新・区分変更・事業所変更・その他()	
利用者氏名	
利用者住所	
認定期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日
要介護度	要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5
添付ケアプラン	あり(第1表・第2表・第3表) 計 枚 ・ なし
備考	

【主治医 記入欄】 ※該当する□にチェック

主治医意見・要望

<input type="checkbox"/> ケアプラン内容に同意します。 ※ご意見等があればご記入ください。	<input type="checkbox"/> ケアプラン内容に同意できません。 ※同意できない理由、留意点、ご提案をご記入ください。
.....
.....
.....
.....

平成 年 月 日

主治医氏名 (※必ず署名をお願いします。)

--

【ファクシミリ施行】

医療・介護ケア連絡票 様式4 (ケアマネジャー⇄医療機関・サービス事業者)

サービス担当者会議への出席について(依頼)

利用者様のサービス担当者会議について、下記の日程で開催することとなりましたので、関係書類(本票含 枚)を送信します。出欠について返答をお願いします。欠席される時は、居宅サービス計画書についてご確認をしていただき、①、②についてのご意見等を記載し、ファクシミリでのご返信をお願いします。

所属 担当者 (利用者名 様)	様 様	発信者	送信日
			事業所
			担当者
			電話
			FAX

開催日	日時	年 月 日	出欠	<input type="checkbox"/> 出席します <input type="checkbox"/> 欠席します ※欠席するときは下記欄に記入してください
	場所	時 分～		

①居宅サービス計画(1)(2)(3)について、ご確認いただき、下欄の同意にチェックを入れ、ご意見や留意点を記載してください

<input type="checkbox"/> 同意します	<input type="checkbox"/> 同意しません
(意見書記載欄)	

②(主治医のみ記載)訪問看護、訪問リハ、通所リハ等についてのプラン内容について医学的観点からのご意見や留意点等を下記欄に記載してください。

--

返信日 年 月 日
 返信者氏名

【ファクシミリ施行】

医療・介護ケア連絡票 様式5

訪問歯科診療申込書

申込日 年 月 日

宛先: 白石歯科医師会訪問歯科担当者 亘理歯科医院

FAX :25-6612

利用者	ふりがな		生年月日	M・T・S・H 年 月 日
	氏名 様 (男・女)		介護度	要支援 1・2
住所	TEL			要介護 1・2・3・4・5
	どうしましたか? 該当するものにレ印を付けてください(重複可)		入れ歯 有・無	
<input type="checkbox"/> 歯が痛い・虫歯	<input type="checkbox"/> 歯ぐきが腫れた	<input type="checkbox"/> 物がよく噛めない	有の場合 1.使用 2.未使用	
<input type="checkbox"/> 歯がグラグラ動く	<input type="checkbox"/> せき込む・むせる	<input type="checkbox"/> 歯が抜けた	かかりつけの歯科医院または最後に治療した歯科医院はありますか?	
<input type="checkbox"/> 入れ歯があわない	<input type="checkbox"/> 入れ歯が壊れた	<input type="checkbox"/> 口腔ケア	有・無・不明	
残っている歯の数(わかる範囲で) 上 本 下 本		歯科医院名:		
その他 ()		TEL		
治療についてのご希望等自由に書いてください。		※希望歯科医院があれば記入 (歯科医院)		
既往歴(現病歴)／通院困難理由をお書きください			現在の受診状況	
服用薬剤 有・無 感染症 有・無			・通院していない	
手術の既往 有・無			・通院中	
主治医について			・往診を受けている	
医療機関名		・入院中		
科		(病院名:)		
先生		TEL		
主介護者	ふりがな	続柄:	TEL	
	氏名 様	住所		
居宅介護支援事業所		担当者氏名:		
TEL		FAX		
訪問場所	自宅・施設・病院・その他 ()		駐車場	有・無

口腔機能等の情報

診療時の体位	<input type="checkbox"/> ベットの上	<input type="checkbox"/> 車椅子	<input type="checkbox"/> その他()
意思疎通	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> ある程度できる	<input type="checkbox"/> できない
開口保持	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> ある程度できる	<input type="checkbox"/> できない
うがい	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> ある程度できる	<input type="checkbox"/> できない
むせこみ	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	
経管栄養	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	

依頼者:

TEL:

FAX:

【ファクシミリ施行】

医療・介護ケア連絡票 様式6 ケアマネジャー ⇄ 薬剤師の連携連絡票

送信日 H 年 月 日

保険薬局名

御中

事業所名

住所

TEL

担当者名

FAX

日頃より大変お世話になっております。ご多忙のところ誠に恐れ入りますが、下記の件についてご相談・ご依頼いたしたくFAX致しました。確認のほど宜しくお願い致します。

ふりがな		生年月日	明・大・昭・平 年 月 日
氏名	様(男・女)	要介護度	要支援(1・2)・要介護(1・2・3・4・5)
住所			
TEL		FAX	

《本人(家族)の同意について》

当連絡票を使用して、先生への連絡および先生からの情報提供を頂くことについて

- ご本人(ご家族)の同意を得ています。
- ご本人(ご家族)の同意は得られておりませんが、必要性が高いと判断したためご連絡いたします。

相談内容	<input type="checkbox"/> 訪問薬剤管理指導の依頼・相談 <input type="checkbox"/> 介護保険認定申請の報告(必要時) ⇒ <input type="checkbox"/> 新規、 <input type="checkbox"/> 更新、 <input type="checkbox"/> 区分変更 <input type="checkbox"/> ケアプラン作成にあたり、意見・助言等の確認 <input type="checkbox"/> サービス担当者会議開催の連絡、意見の確認 <input type="checkbox"/> 状況報告 ⇒ <input type="checkbox"/> 入院、 <input type="checkbox"/> 退院、 <input type="checkbox"/> 入所、 <input type="checkbox"/> 退所、 <input type="checkbox"/> 転居、 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> その他
------	---

【具体的な連絡・相談内容】

薬剤・疾病に関する情報	《服用中の薬剤》	<input type="checkbox"/> 下記参照	<input type="checkbox"/> 別紙参照(薬剤情報提供文書・お薬手帳等)
	《主治医・医療機関》		
	《特殊な調剤》	<input type="checkbox"/> 一包化	<input type="checkbox"/> 粉碎 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 無し
	《麻痺》	<input type="checkbox"/> 有り(部位:)	<input type="checkbox"/> 無し
	《嚥下困難》	<input type="checkbox"/> 有り(錠剤の服用: <input type="checkbox"/> 可・ <input type="checkbox"/> 不可)	<input type="checkbox"/> 無し
	《意思疎通》	<input type="checkbox"/> 可	<input type="checkbox"/> 困難 <input type="checkbox"/> 不可(認知症・難聴・その他)

返答 必要 (TEL ・ FAX) 不要

返答内容	薬剤師名 ()
------	----------

【ファクシミリ施行】

医療・介護ケア連絡票 様式7

患者情報提供書 ・ 訪問依頼書

保険薬局名

御中

平成 年 月 日

医療機関名
住 所
TEL
FAX
医師名

印

※下記の患者に対して処方せん交付の際に訪問し、薬剤の管理指導を行ってください。

患者氏名	様 (男・女)	生年月日	M・T・S・H 年 月 日 (歳)
住所		連絡先	TEL FAX
既往病歴	告知: <input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し 告知病名 ()		
定期薬処方内容	<input type="checkbox"/> 下記参照 <input type="checkbox"/> 別紙参照		
患者状態	全身状態 <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 不良 特殊な調剤 <input type="checkbox"/> 一包化 <input type="checkbox"/> 粉碎 <input type="checkbox"/> その他 () 運動状態 <input type="checkbox"/> 歩行可能 <input type="checkbox"/> 坐位 <input type="checkbox"/> 臥位 服薬理解度 <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 不良 嚥下障害 <input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し 麻薬投与 <input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し 栄養摂取 <input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 経管 投与予定 (<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 未定) 認知症 <input type="checkbox"/> 有り (軽度・中度・重度) <input type="checkbox"/> 無し 排泄 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> オムツ使用 <input type="checkbox"/> 導尿 麻痺 <input type="checkbox"/> 有り (部位:) <input type="checkbox"/> 無し 意思疎通 <input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 困難 <input type="checkbox"/> 不可		
及び治療経過目標			
指導依頼事項	<input type="checkbox"/> 服薬管理 (服用・使用状況、残薬状況等) <input type="checkbox"/> 患者モニタリング (症状、薬効、副作用、併用薬等) <input type="checkbox"/> 薬剤の配送 <input type="checkbox"/> 麻薬管理		

診療情報提供書

情報提供先名

平成 年 月 日

御中

医療機関名及び住所
電話番号
医師氏名

印

利用サービス	施設入所・短期入所・通所サービス・その他()		
氏名		生年月日 男・女	明・大・昭 年 月 日生(歳)
住所			電話番号 () .
傷病名 (疑いを含む)			年 月 日
初診年月日			年 月 日
現在の病状と既往歴など	(血圧 / mmHg 脈拍 回/分 整・不整)		
褥瘡	無・有(部位等)		
感染症	結核	胸部X-P 異常所見 有・無・撮影不可 (撮影不可の場合→裏面3項目にて判断)	感染の可能性：有・無 感染の可能性：有・無
	肝炎	HBs抗原	+・-・未施行 感染の可能性：有・無
		HCV抗体	+・-・未施行 感染の可能性：有・無
	梅毒	梅毒抗原	+・-・未施行 感染の可能性：有・無
	疥癬	視診・顕微鏡	+・-・未施行 感染の可能性：有・無
	慢性感染症	感染の危険性(有)： が高い疾患(無)	感染の可能性：有・無
その他			
日常生活動作(ADL)の状況			
移動	自立・一部介助・全介助	食事	自立・一部介助・全介助
排泄	自立・一部介助・全介助	入浴	自立・一部介助・全介助
着替	自立・一部介助・全介助	整容	自立・一部介助・全介助
障害高齢者の日常生活自立度		正常・J(1,2) A(1,2) B(1,2) C(1,2)	
認知症高齢者の日常生活自立度		正常・I・II・III・IV・M、又は(軽・中・重度)	
治療内容等	処方等		
	処置(留置カテーテル・経管栄養・その他)		
入浴 可・否(血圧等注意事項)			
運動 可・否(血圧等注意事項)			
その他介護する上での注意事項等			

注：両面複写にて利用のこと

診療情報提供書の記入について

1 感染症

肺結核 感染の可能性有りとは、6ヶ月以内の正面胸部X-Pで陰影があり、肺結核が否定出来ない場合。それ以外は感染の可能性は低い又は無し。

撮影不可の場合、次の3項目にて判断。

①ツベルクリン反応、IGRA(T-SPOTなど) ②喀痰検査

③主治医の判断

肝 炎 感染の可能性有りとは、通常の日常的接触では感染しないが、針刺し事故や血液に素手で接触した時に感染する場合で、HBs抗原定性+又は、HCV抗体精密で抗体価1.0以上の場合(陽性)。

梅 毒 感染の可能性有りとは、梅毒RPR定性+の場合。→梅毒疑いとして医療保険で精密検査を行う。
ただし他疾患や予防接種等で+の場合がまれにある。

疥 癬 視診か顕微鏡検査により診断。

*施設入所・短期入所等、集団の中でサービスを利用する場合は上記全て検査することが望ましい。

慢性 感染の可能性有りとは、呼吸器、消化器、泌尿器、皮膚などに慢性の
感染症 感染症が有り、他人への感染の危険性が高い場合(MRSAなどの細菌感染、ウイルス感染、その他の病原菌感染)。具体的疾患名を記載。

2 認知症

可能な時は、HDS-R、MMSなどの検査を行い、その点数を考慮して日常生活自立度を判定。

ただし、認知症が疑われない場合は検査不要。

角田市医師会圏域(角田市・丸森町)

医療と介護の連携のための共通様式の運用について (手引き)

令和元年 7 月 30 日 角田市丸森町地域ケア推進会議(在宅医療・介護連携推進に関する会議)にて承認

【目的】

患者(利用者)が、住み慣れた地域で安心して療養生活を送れるよう、医療と介護の関係機関が連携し、情報を共有しながら一体的にサービスを提供するために、多職種間で「顔の見える関係」、「声を掛け合える関係」をスムーズにすることを目的に活用するもの。

【利用の範囲】

角田市・丸森町の 1 市・1 町内での運用を原則とする。

* 注意 : 市・町外に所在する医療機関・事業所については、相手方の了承の上
ご活用願います。

【共通様式】

様式 1 「介護・介護予防サービスを受ける際の医学的留意事項に関する情報提供について」

(担当ケアマネジャー → 主治医)

様式 2 「居宅療養管理指導・介護予防居宅療養管理指導 情報提供書」

(居宅療養管理指導を実施している主治医 → 担当ケアマネジャー)

様式 3 「診療情報提供書」

(診療を担当している主治医 → 担当ケアマネジャー)

様式 4 「口腔ケアに関する連絡票」

(担当ケアマネジャー → 歯科医師)

様式 5 「服薬(薬剤)に関する連絡票」

(担当ケアマネジャー → 保険薬局薬剤師)

* 共通様式については、以下の方法でダウンロードできますので、ご活用ください。

キーワード「角田市医療・介護従事者のための連携相談窓口」で検索!

【費用負担】

- ・「連絡票」については、情報共有に使用するため、費用負担は発生しません。
- ・医学的留意事項に関する「情報提供書」については、下記のとおり保険での請求となります。(診断名、検査データ、治療方針等の記載のため)

様式 2: 介護報酬:「居宅療養管理指導費(Ⅰ)」による、509単位での請求。

様式 3: 診療報酬:「診療情報提供料(Ⅰ)」による、250点での請求。

【運用のルール】

- ① 原則として、本人、家族の同意を得たうえでご活用ください。
ただし、同意は得られないものの必要性が高いと判断した場合には、契約時の同意に基づき送付することができるものとします。
- ② 共通様式の活用には、持参・FAX・メール等の方法があります。事前に電話で相手先に連絡し、持参しない場合は、個人情報についてはマスキングすることとします。
- ③ お互いの職種理解の促進のため、積極的にご活用ください。
- ④ 共通様式の活用のほか、電話や面談等適切な手段を選びましょう。

【活用方法】

1、主治医とケアマネジャーの連携(様式1・様式2・様式3)

ケアマネジャーから主治医に情報提供を依頼するときにご活用ください。

様式1)介護サービス検討に際して、専門家の意見が必要なとき

- * 具体的な依頼内容の欄に、「なぜこの情報を報告する必要があるのか」、「何のためにどんな情報が必要なのか」を明記してください。

様式2)主治医が居宅療養管理指導をしているとき

- * ケアマネジャーからの依頼内容に沿った、具体的な留意事項を明記願います。

様式3)主治医が外来診療しているとき

- * ケアマネジャーからの依頼内容に沿った、具体的な留意事項を明記願います。

2、歯科医師とケアマネジャーの連携(様式4)

口腔ケアに関して、状況変化や気になることが発生した際に、情報共有のため連絡するときにご活用ください。

3、保険薬局薬剤師とケアマネジャーの連携(様式5)

服薬(薬剤)に関して、状況変化や気になることが発生した際に、情報共有のため連絡するときにご活用ください。

** 様式及び運用のルールは、

必要時「在宅医療・介護連携推進に関する会議」に諮り、修正していく予定です**

問い合わせ先

角田市健康長寿課地域包括支援係 (地域包括支援センター) ☎ 0224-61-1288

丸森町保健福祉課地域包括支援班 (地域包括支援センター) ☎ 0224-72-3023

年 月 日

主治医:

様

事業者名
担当ケアマネジャー

印

介護・介護予防サービスを受ける際の医学的留意事項に関する情報提供について

(依 頼)

介護保険による居宅介護・介護予防サービスを提供する際に、サービス計画作成等に必要な医学的留意事項に関する情報提供(様式2、様式3)をいただきたくご依頼申し上げます。

利用者氏名		住所	
様			
性別	男・女	生年月日	年 月 日生 (歳)
介護度	認定済 (要支援 1 2 要介護 1 2 3 4 5) 申請中		

利用予定のサービス			
訪問入浴		訪問介護	福祉用具貸与・購入
デイケア		デイサービス	ショートステイ
運動機能向上		口腔ケア	栄養改善
訪問看護		訪問薬剤	
上記サービスを利用するにあたり、以下のような点について留意事項をお願いいたします。			
該当番号に○			
1	入浴に関すること		
2	運動・リハビリ・移動に関すること		
3	食事・栄養改善・口腔機能等に関すること		
4	福祉用具に関すること		
5	訪問看護に関すること		
6	訪問薬剤に関すること		
7	その他の留意点		

居宅サービス計画の策定等に必要の情報提供をしていただくことについて同意いたします。

利用者氏名

印

令和元年 月使用開始

居宅療養管理指導・介護予防居宅療養管理指導 情報提供書

事業者名 _____ 宛

患者氏名 様	性 別 (男 ・ 女)
	生年月日 M・T・S 年 月 日(歳)
診 断 名	診 療 状 況 等

介護保険サービスを受ける際の『 医学的留意事項 』

下記のとおり、様式1における依頼について情報提供いたします。

該当番号に○		サービス利用に際しての具体的な留意事項
1	入浴に関すること	
2	運動・リハビリ移動等に関すること	
3	食事・栄養改善・口腔機能等に関すること	
4	福祉用具に関すること	
5	訪問看護に関すること	
6	訪問薬剤に関すること	
7	その他の留意点	

医療機関名

主治医氏名

印

令和元年 月使用開始

診 療 情 報 提 供 書

事業者名 _____ 宛

患者氏名 様	性 別 (男 ・ 女)
	生年月日 M・T・S 年 月 日(歳)
診 断 名	診 療 状 況 等

介護保険サービスを受ける際の『医学的留意事項』

下記のとおり、様式1における依頼について情報提供いたします。

該当番号に○	サービス利用に際しての具体的な留意事項
1 入浴に関すること	
2 運動・リハビリ移動等に関すること	
3 食事・栄養改善・口腔機能等に関すること	
4 福祉用具に関すること	
5 訪問看護に関すること	
6 訪問薬剤に関すること	
7 その他の留意点	

医療機関名

主治医氏名

印

令和元年 月使用開始

角田市丸森町様式<様式4>

口腔ケアに関する連絡票 (ケアマネジャー → 歯科医師)

年 月 日

歯科診療所名:

様

事業所名:

担当ケアマネジャー:

氏名		性別	男・女	生年月日	M・T・S 年 月 日(歳)
住所					電話番号
介護保険情報	<input type="checkbox"/> 認定無し <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 総合事業対象者 <input type="checkbox"/> 認定済み (<input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5)				
利用目的	<input type="checkbox"/> 訪問診療希望 <input type="checkbox"/> 主治医への情報提供 <input type="checkbox"/> 初診の依頼 <input type="checkbox"/> 介護上の留意点の助言希望 <input type="checkbox"/> その他()				
相談内容	<input type="checkbox"/> 歯が痛い <input type="checkbox"/> 歯茎がはれている <input type="checkbox"/> 歯がぐらぐらする <input type="checkbox"/> 入れ歯が合わない <input type="checkbox"/> 入れ歯が壊れた <input type="checkbox"/> 入れ歯を失くした <input type="checkbox"/> むせこむ <input type="checkbox"/> 口が渴く <input type="checkbox"/> 口臭がある <input type="checkbox"/> 舌苔がある <input type="checkbox"/> 口腔粘膜・舌などに炎症がある <input type="checkbox"/> その他()				
現在の身体状況	通院	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可			
	座位保持	<input type="checkbox"/> 支えなしで可 <input type="checkbox"/> 支えがあればできる <input type="checkbox"/> 背もたれが必要 <input type="checkbox"/> 不可能			
	意思疎通	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> ある程度できる <input type="checkbox"/> できない			
	頸部可動性	<input type="checkbox"/> 十分 <input type="checkbox"/> 不十分 <input type="checkbox"/> 不可			
	開口保持	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> ある程度できる <input type="checkbox"/> できない			
	うがい	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない			
	むせこみ	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有り(日常・主に食事中・食後)			
食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 経口摂取不可 形態(主食: 副食:) 経管栄養(胃ろう・経鼻・IVH)				
現病歴			主治医	病院診療所名: 医師名:	
既往歴			投薬		
情報提供にかかる本人の同意	<input type="checkbox"/> ご本人の承諾を得ています。 <input type="checkbox"/> 改めて承諾は得ておりませんが、契約時の同意に基づき、ご本人への居宅介護支援に必要なので連絡します。				

※(平成30年4月実施)30.1.18 厚生労働省令4「指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準」第13条十三の二により、報告するものです。 令和元年 月使用開始

[作成]仙南歯科医師会角田支部、角田市・丸森町ケアマネジャー連絡会、角田市・丸森町(地域包括支援センター)

服薬(薬剤)に関する連絡票 (ケアマネジャー → 保険薬局薬剤師)

年 月 日

保険薬局名:

様

事業所名:

担当ケアマネジャー:

◆ 利用者基本情報

氏名		性別	男・女	生年月日	M・T・S 年 月 日(歳)
住所				電話番号	
介護保険情報	<input type="checkbox"/> 認定無し <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 総合事業対象者 <input type="checkbox"/> 認定済み (<input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5)				
報告内容	<input type="checkbox"/> 薬を指示通り服用できていない <現在の状況> <input type="checkbox"/> 飲み込めない <input type="checkbox"/> 飲み込みにくい <input type="checkbox"/> 服薬拒否 <input type="checkbox"/> 飲み忘れる <input type="checkbox"/> 複数回分をまとめて飲んでしまう <input type="checkbox"/> 服薬の指示内容を理解していない <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 薬が残ったり、あまったりしている <input type="checkbox"/> 気になる症状がある(湿疹・はきけ・嘔吐・頭痛・めまい・ふらつき・倦怠感・腹痛・下痢・便秘 その他() <input type="checkbox"/> 複数の医療機関から薬をもらっている <input type="checkbox"/> 使い切らないうちに薬をもらってくる <input type="checkbox"/> その他()				
服薬管理について	服薬を管理している人	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> ヘルパー <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> その他()			
	薬の管理状況	<input type="checkbox"/> カレンダー <input type="checkbox"/> 薬箱 <input type="checkbox"/> その他			
主治医はこの状況を把握しているか		<input type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> していない			
情報提供にかかる本人の同意		<input type="checkbox"/> ご本人の承諾を得ています。 <input type="checkbox"/> 改めて承諾は得ておりませんが、契約時の同意に基づき、ご本人への居宅介護支援に必要なので連絡します。			

※(平成 30 年 4 月実施)30. 1.18 厚生労働省令 4「指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準」第 13 条十三の二により、報告するものです。

令和元年 月使用開始

[作成]仙南薬剤師会角田丸森支部、角田市・丸森町ケアマネジャー連絡会、角田市・丸森町(地域包括支援センター)

村田町における主治医とケアマネジャーとの連携強化のための
「診療情報提供書」及び「情報提供連絡票」について

平成 30 年 10 月作成

1. 目的

医療と介護を必要とする高齢者が自分らしい暮らしを続けることができるよう『医療と介護』の連携体制づくりが求められています。

また、H30 年度介護報酬改定により『医療と介護の連携強化』として、下記内容が義務付けとなったことにより、平時からの連携促進が必要とされています。

ウ. 平時からの医療機関との連携促進【省令改正】 ※詳細は 資料 1 参照

- i 医療系サービス利用時は、利用者の同意を得て主治の医師等の意見を求めることとされているが、この意見を求めた主治の医師等に対してケアプランの交付を義務付ける
- ii 訪問介護事業所等から伝達された利用者の口腔に関する問題や服薬状況、モニタリング等の際にケアマネジャー自身が把握した利用者の状態等について、ケアマネジャーから主治の医師や歯科医師、薬剤師に必要な情報伝達を行うことを義務付ける

そこで、主治医とケアマネジャー間の円滑な情報共有と連携強化を目的に、町内居宅介護支援事業所と地域包括支援センターで検討し、下記の通り手順や様式を作成しました。

2. 「診療情報提供書」運用のながれ

1) 対象者

- i. 医療系サービス（訪問看護・訪問リハビリテーション・通所リハビリテーション・短期入所療養介護）の利用検討時
- ii. ケアプラン見直し時（認定期間が 24 ヶ月・36 ヶ月者等）
- iii. 複数のかかりつけ医があり、主治医意見書記入医師以外からの診療情報を得たい時

2) 依頼方法

【依頼方法 1：本人・家族が直接依頼】

- i. 本人、家族受診時に別紙 1 により主治医へ依頼（事前にケアマネジャーから本人、家族へ説明・同意を得ておく）
- ii. 別紙様式 12 の 4（厚労省様式）による提供書を作成していただき、次回、受診時に本人、家族が受け取り、ケアマネに渡す。

【依頼方法 2：ケアマネが依頼】

- i. ケアマネが本人・家族へ診療情報提供を受けることの必要性について説明し同意を得た上で、ケアマネが別紙 1 により主治医へ依頼
- ii. 別紙様式 12 の 4（厚労省様式）による提供書を作成していただき、主治医から指定された日時に、ケアマネが受取りに伺う。
- iii. 次回受診時に情報提供に係る費用を加算し請求

3) ケアプラン提出方法

- i. 上記により得た診療情報を反映し、作成したケアプランを別紙2に、により、主治医へ提出する。

3. 「利用者に係る情報提供連絡票」運用のながれ

1) 対象者

- i. 利用者の口腔に関する問題や服薬状況、心身または生活の状況等について、ケアマネジャーが主治医や歯科医師、薬剤師への情報提供や助言が必要と判断した時

2) 提出方法

【提出方法1：本人・家族が直接提出】

- i. ケアマネが本人・家族へ情報提供を行うことの必要性について説明し同意を得た上で、本人、家族受診時に別紙3により主治医等へ提出

【提出方法2：ケアマネが提出】

- i. ケアマネが本人・家族へ情報提供を行うことの必要性について説明し同意を得た上で、ケアマネが別紙3により主治医等へ提出

【提出方法3：受診同行や助言が必要な場合】

- i. ケアマネが本人・家族へ情報提供・助言を受けることの必要性について説明し同意を得た上で、ケアマネが別紙3を作成し、本人・家族とともに受診等同行する。

令和 年 月 日

主治医 様

〇〇居宅介護支援事業所
ケアマネジャー名

介護サービスを受ける際の診療情報提供について（依頼）

いつも大変お世話になっております。

介護サービスを利用するにあたっての留意点及び居宅サービス計画の策定等に
必要な診療情報の提供をいただきたく、ご依頼申し上げます。

なお、利用を予定しているサービスは下記のとおりです。

居宅サービス計画作成	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 更新 <input type="checkbox"/> 区分変更 <input type="checkbox"/> その他（ ）
氏名 (性別)	(男・女)
住所	村田町大字
生年月日	M・T・S 年 月 日 (歳)
医療系サービス	<input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション <input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション <input type="checkbox"/> 短期入所療養介護
介護系サービス	<input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 短期入所生活介護 <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与・購入 <input type="checkbox"/> 住宅改修 <input type="checkbox"/> その他（ ）
情報提供を受ける目的	

上記のことについて情報提供することに同意します。

氏名 _____

【問合せ先】

〇〇居宅支援事業所（担当： ）

TEL：0224-83-〇〇〇〇

FAX：0224-83-××××

令和 年 月 日

主治医 様

〇〇居宅介護支援事業所
ケアマネジャー名

居宅サービス計画（ケアプラン）について

いつも大変お世話になっております。

過日、診療情報をいただきました_____様の居宅サービス計画（ケアプラン）を作成しましたので提出いたします。

今後とも、よろしくお願いいたします。

居宅サービス計画作成	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 更新 <input type="checkbox"/> 区分変更 <input type="checkbox"/> その他（ ）
氏 名 (性別)	(男・女)
住 所	村田町大字
生年月日	M・T・S 年 月 日 (歳)
備考	

【問合せ先】

〇〇居宅支援事業所

担当：

TEL：0224-83-〇〇〇〇

FAX：0224-83-××××

令和 年 月 日

主治医 様

〇〇居宅介護支援事業所
ケアマネジャー名

利用者に関する情報提供連絡票について
いつも大変お世話になっております。
利用者の下記の件につきまして、ご連絡させていただきます。
なお、連絡することについては、ご本人、ご家族の同意を得ております。

氏 名 (性別)	(男・女)
生年月日	T・S 年 月 日 (歳)
住 所	村田町大字
情報の種別	<input type="checkbox"/> 服薬状況 <input type="checkbox"/> 口腔機能 <input type="checkbox"/> 心身の状況 <input type="checkbox"/> 生活状況 <input type="checkbox"/> その他
内 容	

【指定居宅介護支援事業の人員及び運営に関する基準】H30.4.1～

十三の二 介護支援専門員は、指定居宅サービス事業者等から利用者に係る情報の提供を受けたとき、その他必要と認めるときは、利用者の服薬状況、口腔機能その他の利用者の心身または生活の状況に係る情報のうち必要と認めるものを、利用者の同意を得て主事の医師若しくは歯科医師または薬剤師に提供するものとする。

【問合せ先】

担当：

TEL：0224-83-

FAX：0224-83-

病院からの連絡票

(地域包括支援センター・居宅介護支援事業所)

年 月 日

④

宛

下記入院患者様の情報提供をいたします。(情報提供にあたっては本人及び家族の同意を得ております)

①基本情報

氏名		性別	男・女	生年月日	年 月 日 (歳)
住所					
世帯状況	<input type="checkbox"/> 単身 <input type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> 同居 家族 ()				
住環境	<input type="checkbox"/> 一戸建て <input type="checkbox"/> アパート等 *住宅改修 <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要 ()				
主な介護者	(続柄)	<input type="checkbox"/> 同居	<input type="checkbox"/> 別居	連絡先	
キーパーソン	(続柄)	<input type="checkbox"/> 同居	<input type="checkbox"/> 別居	連絡先	
本人・家族の状況等	(別居の場合：住所) 経済状況・年金等				

②保険情報

介護認定	<input type="checkbox"/> 申請予定 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 要支援 () <input type="checkbox"/> 要介護 ()			<input type="checkbox"/> 身障	<input type="checkbox"/> 特定疾患
サービス利用時の留意点					

③医療情報

入院日	年 月 日	退院予定日	年 月 日
入院診療科	担当医	病棟	
病名 (既往歴)	()		
疾患についての留意点			
医療処置	<input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 創処置 <input type="checkbox"/> 他 ()		
薬の管理	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 管理必要 <input type="checkbox"/> 服薬介助必要 *退院時の処方内容を添付		
継続加療先	<input type="checkbox"/> 当院外来 (科) <input type="checkbox"/> 紹介 ()		

④身体・精神状況

【特記事項】

食事形態	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> きざみ <input type="checkbox"/> 経管 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> その他	
嚥下機能	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 時々むせあり <input type="checkbox"/> 常にむせる	
排泄方法	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル(昼) <input type="checkbox"/> ポータブル(夜) <input type="checkbox"/> おむつ	
移乗移動(屋内)	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子	
夜間睡眠	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良 <input type="checkbox"/> 眠剤の服用あり	
認知障害	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 認知力低下 <input type="checkbox"/> 認知症あり (診断)	
問題行動	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 幻覚幻視妄想 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 暴言・暴行 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 抑うつ <input type="checkbox"/> 介護への抵抗	

備考

医療機関名： _____

退院支援者氏名： _____

【 目 的 】

高齢者が住み慣れた地域で安心して在宅生活を送るためには、医療と介護の関係機関が連携し一体的にサービスを提供することが重要です。そのために、医療と介護の関係者の誰もが、簡便且つ効率的・効果的に連携を推進できる仕組みづくりを目的とします。

【 利用の範囲 】

◎塩釜市・多賀城市・松島町・七ヶ浜町・利府町の2市3町内の医療機関等と居宅介護支援事業所、地域包括支援センター、市町担当課、その他関係機関（薬局、サービス提供事業所等）で利用することができます。

※2市3町外に所在する事業所・医療機関の了解は得ておりませんのでご注意ください。

◎情報を連携する対象者（サービス等利用者）は、塩釜市・多賀城市・松島町・七ヶ浜町・利府町の2市3町内に住所を有する方で、以下の㊶㊷のいずれかに該当する方等とします。

㊶医師やケアマネジャー等担当者が、積極的に連携支援をとる必要があると判断した方

㊷本人や家族からの確な情報が得にくい方（独居、認知症、要介護度の重度の方等）

【 費用負担 】

連携シートは情報共有に使用するため、費用負担は発生しません。

診療情報等が必要な場合は、診療情報提供書をご活用ください。

（例：検査データ・治療方針・診断名等）

このシートは 連携のための 一つのツールです

～ お互いの職種理解の促進にご活用ください ～

①連携の基本は顔を合わせて行うものですが、それを補う手段としてご活用ください。シートの活用の他、電話や面談など適切な手段を選びましょう。

②シートの活用は、持参・FAX・メールなどの方法があります。FAX・メールの場合は、これらの方法で送付することの了承を、事前に電話で相手先よりもらい、個人情報（本文中も含む）はマスキングすることとします。

※原則として、本人・家族の同意を得てご活用ください。

③質問内容などは、簡潔に分かり易く記載してください。

④緊急を要する場合で、返答を急ぐ内容については、シートを使用しないでください。

⑤既に使用している連携シート等がある場合は、引き続きそちらをお使い頂いて構いません。

～連携シート及び運用ルールは適宜改良を行っていく予定です～

問い合わせ先

◇塩釜市長寿社会課：022-364-1204 ◇多賀城市介護福祉課：022-368-1141（代）

◇松島町健康長寿課：022-354-6525 ◇七ヶ浜町健康増進課：022-357-7447

◇利府町保健福祉課：022-356-1334

宛先機関名

様

送信日 年 月 日

依頼機関名

送信者氏名

塩釜地区医療・介護連携シート

ふりがな		性別	生年月日	要介護度
対象者氏名		男・女	明・大・昭 年生 (歳)	
対象者住所	塩竈市・多賀城市・松島町・七ヶ浜町・利府町 在住			
担当ケアマネジャー	所属		氏名	

連絡目的	挨拶 報告 確認 相談 依頼 その他()
要旨	
回答	必要 (月 日頃まで) ・ 不要
回答 (返信)	

上記の内容送付についての同意の有無 本人(家族)の承諾を得た上で送信しています。

- 有 (同意者→ 本人: 家族:)
 無 (ご本人の心身状況から同意は得られておりませんが、連携支援が必要と思われるので連絡いたします)

返信先(FAX番号) ○○○-△△△△

連絡先(電話番号) ○○○-◇◇◇◇

【お願い】 万が一、お心当たりのない方の情報が送信された場合は、大変恐縮ですが上記の連絡先までご連絡をいただきますようお願い致します。

名取市・岩沼市・亘理町・山元町
医療と介護の連携シートの運用ルール

(平成30年1月 地域医療対策委員会地域ケア推進委員会において了承)

【 目 的 】

高齢者が住み慣れた地域で安心して療養生活を送るために、医療と介護の関係機関が連携し一体的にサービスを提供することが重要です。そのため、簡便且つ効率的・効果的に連携を推進し「顔の見える関係」を構築することを目的に使用するものです。

【 利用の範囲 】

名取市・岩沼市・亘理町・山元町の2市2町内で利用することができます。

(2市2町外に所在する事業所・医療機関の了解は得ておりませんのでご注意ください。)

【 費用負担 】

連携シートは情報共有に使用するため、費用負担は発生しません。

診療情報等が必要な場合は、診療情報提供書をご活用ください。

(例：検査データ・治療方針・診断名など)

この3種類のシートは 連携のための 一つのツールです

～ お互いの職種理解の促進に積極的にご活用ください ～

① 連携の基本は顔を合わせて行うものですが、それを補う手段としてご活用ください。シート^の活用の他、電話や面談など適切な手段を選びましょう。

②シートの活用は、持参・FAX・メールなどの方法があります。FAX・メールの場合は、これらの方法で送付することの了承を、事前に電話で相手先よりもらい、個人情報(本文中も含む)はマスキングすることとします。

※原則として、本人・家族の同意を得てご活用ください。

【 使用方法 】

1. 医師・歯科医師・薬剤師・ケアマネジャー等連絡票

医療と介護の両者で共有したい急を要しない情報の授受にお使いください。

例：利用者本人の状況が変わり、医師・歯科医師・薬剤師に相談・意見を仰ぎたいとき
介護サービス（現在利用中・今後利用予定）検討に、専門家の意見が必要なとき
次回受診時に確認事項があるとき
日常生活の中で確認・注意事項があるとき（医療側から） など

別添**参考資料**を参照ください

※その情報が「何のために必要なのか」あるいは「何故報告する必要があるのか」を
明記してご利用ください。

2. 入院時情報 版

名取市・岩沼市・亘理町・山元町に所在する居宅介護支援事業所（地域包括支援センター
含む）のケアマネジャー等が、

- ①利用者の入院時に、郵送などの方法で、
- ②本シートを用いて、在宅での状況についての情報を病院に提供し、
- ③医療と介護の切れ目ない連携の推進に役立てます。

※病院からケアマネジャー等に連携シートの提出を依頼することもできます。

3. 退院・退所情報 版

名取市・岩沼市・亘理町・山元町に所在する居宅介護支援事業所（地域包括支援センター
含む）のケアマネジャー等が、

- ①原則、病院に出向いて退院・退所前のカンファレンス等に参加するなどし、
- ②本シートを用いて、病院等のスタッフから利用者の必要情報を収集し、
- ③居宅サービス計画を作成しサービス調整を行います。

※在宅療養となる方については積極的に連携シートを用い必要な情報収集をしますが、
病院から提供された看護サマリー等の情報で対応することもできます。

～連携シート及び運用ルールは適宜改良を行っていく予定です～

問い合わせ先

名取市介護長寿課 022-724-7111

岩沼市介護福祉課 0223-24-3016

亘理町福祉課 0223-34-1331

山元町地域包括支援センター 0223-37-3901

宮城県仙台保健事務所 高齢者支援班 022-365-3152

注！！FAXの場合は対象者名、住所等の個人情報はマスキングをして個人が特定できないようにしてください

平成 年 月 日

医療と介護の連携シート(医師・歯科医師・薬剤師・ケアマネジャー等連絡票)

医療機関の名称 電話番号 FAX番号 宛先 連携ご担当者	→ ←	介護事業所等の名称 所在地 電話番号 FAX番号 担当者名
--	------------	---

◆利用者の情報(*欄は「ケアマネジャー⇒医師・歯科医師・薬剤師等」の場合のみ記入)

ふりがな		性別		生年月日	M・T・S	年	月	日
氏名		男・女						
住所								
*要介護度	事業対象者		要支援	1・2	要介護	1・2・3・4・5	申請中	
*他医受診歴の有無	無	有	科・疾患名					
			科・疾患名					

◆ケアマネジャー記載欄

連絡内容・理由	<input type="checkbox"/> 挨拶	<input type="checkbox"/> 本人の状況の相談・報告	<input type="checkbox"/> ケアプラン作成	<input type="checkbox"/> サービス内容	<input type="checkbox"/> 認定更新
	<input type="checkbox"/> 認知症関連 (<input type="checkbox"/> もの忘れ相談結果 <input type="checkbox"/> 認知症初期集中支援チーム員活動)				
	<input type="checkbox"/> 服薬状況 <input type="checkbox"/> 留意事項 <input type="checkbox"/> その他:				

<内容> *返信の希望: 返信願います 返信不要ですが、ご不明な点がございましたら、ご連絡下さい。

- ご本人の承諾を得て送付いたします。
改めて承諾は得ておりませんが、契約時の同意に基づき、ご本人への居宅介護支援に必要なので送付いたします。
 (特記事項:)

◆医師・歯科医師・薬剤師等記載欄

平成 年 月 日

本票送付の目的	<input type="checkbox"/> 返信	<input type="checkbox"/> 指示	<input type="checkbox"/> 連絡	返信希望の有無	<input type="checkbox"/> 返信願います	<input type="checkbox"/> 返信不要です
	<input type="checkbox"/> 電話してください ⇒ 月 火 水 木 金 土の 午前・午後 時頃 <input type="checkbox"/> 下記のとおり回答・指示します <input type="checkbox"/> 状況確認をしてください					

<内容>

医療と介護の連携シート(入院時情報)

提供事業所名		電話番号	
担当者名		FAX番号	

ふりがな		性別	生年月日	かかりつけ医
利用者氏名		男女	M・T・S 年 月 日 (歳)	医療機関、主治医名 連絡先:
既往歴	無・有:			
特定疾患	無・有:		耳の聞こえ:	
手帳の有無	無・有: 身体障害者手帳 種 級・精神障害者手帳 級・療育手帳 A B			
要介護度	未申請・新規申請中・更新申請中・区分変更中(申請月日: 平成 年 月 日)			
	非該当 事業対象者 要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5 (認定日: 平成 年 月 日)			
	有効期間: 平成 年 月 日～平成 年 月 日			
障害高齢者日常生活自立度 自立 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2			認知症高齢者日常生活自立度 自立 I IIa IIb IIIa IIIb IV M	
緊急連絡先	氏名(ふりがな)	続柄	住所	電話番号

家族構成図 主:主介護者 ☆:キーパーソン ○:女性 □:男性	住環境: 一戸建 集合住宅 (階建 階) エレベーター: 有・無	特記事項:
	家族について(介護者の状況等)	サービス利用状況 <input type="checkbox"/> 訪問介護 (回/週) <input type="checkbox"/> 訪問看護 (回/週) <input type="checkbox"/> デイサービス (回/週) <input type="checkbox"/> デイケア (回/週) <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ (回/週) <input type="checkbox"/> ショートステイ (日/月) <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与 <input type="checkbox"/> その他()
	※秘密情報については、◎を記入する	

1日の生活の様子、趣味など

A D L	食事摂取	自立・見守り・一部介助・全介助 ・嚥下状況:良・不良 () ・咀嚼状況:良・不良 ()	服薬管理	自立・見守り・一部介助・全介助
	口腔清潔	自立・見守り・一部介助・全介助 義歯: 有・無	療養上の問題 無・有 不眠・幻覚・幻聴・興奮・暴力・徘徊 昼夜逆転・介護への抵抗・不潔行為 その他	
	移乗	自立・見守り・一部介助・全介助		
	移動	自立・見守り・一部介助・全介助 車いす・杖・歩行器・装具、補助用具	認知症の症状 無・有 ※認知症以外の疾患で同様の症状を認める場合を含む ・短期記憶: 問題なし・問題あり ・日常の意思決定を行うための認知能力: 自立・いくらか困難・見守りが必要・判断できない ・自分の意思の伝達能力: 伝えられる・いくらか困難・具体的要求に限られる・伝えられない	
	更衣	自立・見守り・一部介助・全介助		
	洗身	自立・見守り・一部介助・全介助 場所: 自宅浴室・訪問入浴・通所系サービス		
	排泄	自立・見守り・一部介助・全介助 トイレ・ポータブルトイレ・尿器 オムツ・リハビリパンツ(常時・夜間のみ)	医療処置 無・有 留置カテーテル・ストマ・気管切開・喀痰吸引・ インシュリン自己注射・胃ろう・褥瘡処置 その他()	

特記事項	連絡事項・その他
(退院にあたって留意すること、家族の介護力に関すること等)	

- ご本人の承諾を得て送付いたします。
- 改めて承諾は得ておりませんが、契約時の同意に基づき、ご本人への居宅介護支援に必要なので送付いたします。
(特記事項:)

医療と介護の連携シート(退院・退所情報)

平成 年 月 日

ふりがな		性別	生年月日	手術
利用者氏名		男・女	M・T・S 年 月 日 (歳)	無・有(手術名:)
要介護度	未申請・新規申請中・更新申請中・区分変更中、非該当 事業対象者 要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5			
	認定日	H 年 月 日	有効期間	H 年 月 日～ 年 月 日
障害高齢者 日常生活自立度	自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2	認知症高齢者 日常生活自立度	自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M	
ふりがな			続柄	連絡先
主介護者氏名				

▼退院・退所情報記録欄(面談結果をまとめるための欄です)

情報収集先機関名				
電話番号				
面談日	平成 年 月 日	所属・職種・氏名		
面談日	平成 年 月 日	所属・職種・氏名		
入院期間	入院日	平成 年 月 日	～ 退院(予定)日	平成 年 月 日
疾病の 状態	主病名			
	副病名			
	退院時主症状			
特別 な 医 療	既往歴			
	服薬状況 無・有 (内服：介助なし・一部・全介・その他)			
	<特記事項>(感染症・投薬の注意事項(薬剤名、投与経路等)等)			
特別 な 医 療	点滴の管理 中心静脈栄養 透析 ストーマ(人工肛門)の処置 酸素療法 インスリン自己注射 気管切開の処置 喀痰吸引 経管栄養 胃ろう 疼痛管理褥瘡の処置 カテーテル			
	その他() <特記事項>(導入予定の医療系サービス等)			

食事 摂取	介助なし	見守等	一部	全介	体重	kg
	*嚥下状況 (良・不良)*咀嚼状況 (良・不良)(ペースト・刻み・ソフト食・普通/経管栄養)					
	*制限 無・有 *制限量/日 kcal *水分 ml *塩分 g/E*その他()					
<特記事項>(食事制限などの内容 等)						
口腔 清潔	介助なし	見守等	一部	全介		
	義歯 無・有					
移乗	介助なし	見守等	一部	全介		
移動	介助なし	見守等	一部	全介		
	(見守り・手引き・杖・歩行器・シルバーカー・車椅子・ストレッチャー)					
	<特記事項>(独自の方法・転倒危険・住宅改修の必要性 等)					
更衣	介助なし	見守等	一部	全介		
洗身	介助なし	見守等	一部	全介	不可	
	入浴の制限 無・有 (シャワー・清拭・その他)					
排泄	介助なし	見守等	一部	全介	オムツ・リハビリパンツ(常時・夜間のみ)	
	<特記事項>(留置カテーテル 等)					
夜間の 状態	良眠・不眠 状態:					
	睡眠薬等内服: 無・有 内容:					
認知・ 精神面	精神状態(疾患) 無・有()					専門医への受診: 無・有
	<特記事項>(認知症の原因疾患 等)					
リハ ビリ 等	リハビリテーション 無・有(頻度:)					
	運動制限 無・有					
	<特記事項>(リハビリ・運動制限の内容、導入予定のサービス 等)					
本人・家族の病気に対する受止め方について						
カンファレンス・療養上の留意する事項(その他 NS、PTからの注意点など)						

黒川地区地域医療対策委員会作成
「多職種連携連絡票」及び「基本情報提供シート」運用ルール

●目的

高齢者が住み慣れた地域で安心して在宅生活を送るためには、医療と介護の関係機関が連携し一体的にサービスを提供することが重要です。

医療と介護の関係者の誰もが、効率的・効果的に連携を推進できる仕組みづくりを目的とします。

●多職種連携連絡票及び基本情報提供シートの利用者

黒川地域に生活する利用者を担当する居宅介護支援事業所、地域包括支援センター、黒川地域に所在する医療機関、その他関係機関（薬局、サービス提供事業所等）。

●多職種連携連絡票及び基本情報提供シートの対象者

黒川地域に生活する医療サービスや介護サービスを利用している方で、居宅介護支援事業所、医療機関、その他関係機関（薬局、サービス提供事業所等）で連携し支援にあたる必要性があると判断した方。

●多職種連携連絡票及び基本情報提供シートの使用ルール

〈共通ルール〉

- ① 各シートの記入は、手書き・パソコン入力どれでも可とします。
- ② 各シートのやり取りについては、郵送、持参・FAX・メールなどの方法がありますが、FAX・メールの場合は、誤送信の危険がありますので十分に留意して下さい。
- ③ 原則、費用負担は発生しません。

〈多職種連携連絡票について〉

双方向による連絡・情報共有に使用します。

〈基本情報提供シートについて〉

医療機関の受診、介護サービスの導入、入院時等に利用者の在宅療養に関する基本情報の提供、また適切な介護サービスの利用等、在宅療養の継続にむけて必要な情報の共有を図るために使用します。

●個人情報の保護

- ① 多職種連携連絡票及び基本情報提供シートには、対象者等の身体機能等の数多くの個人情報が含まれているため、保管等取り扱いには細心の注意を払うようにしてください。
- ② 多職種連携連絡票及び基本情報提供シートの記入及び提供にあたっては、事前に対象者や家族に趣旨をよく説明し、同意を頂いたうえで使用することを原則とします。
但し、緊急を要する場合はこの限りではありません。

●運用開始時期

各シートの運用は、平成30年11月1日より開始します。

●その他

多職種連携連絡票及び基本情報提供シートの使用のためのルールは、適宜必要に応じて改良を行っていく予定です。

<連絡先・問合せ先>

黒川地区地域医療対策委員会

担当(各市町村在宅医療・介護連携担当部署)

- ・富谷市保健福祉総合支援センター

電話 022-348-1138

FAX 022-348-1137

ホームページアドレス <http://www.tomiya-city.miyagi.jp>

- ・大和町保健福祉課地域包括支援係

電話 022-345-7241

FAX 022-345-7240

ホームページアドレス <http://www.town.taiwa.miyagi.jp>

- ・大郷町保健福祉課長寿・介護係

電話 022-359-5507

FAX 022-359-3287

ホームページアドレス <http://www.town.miyagi-osato.lg.jp>

- ・大衡村健康福祉課社会福祉係

電話 022-345-0253

FAX 022-345-6630

ホームページアドレス <http://www.village.ohira.miyagi.jp>

基本情報提供シート

医療機関・
事業所等名

氏名

ふりがな			住所				
氏名			性別	生年月日	(## 歳)		
緊急時 連絡先	氏名		続柄		家族構成図		
	連絡先					主…主介護者 ☆…キーパーソン ○…女性 □…男性	
家族関係 介護力 生活状況 IADL等	主介護者		介護力				
	自由記載:						
住環境			経済状況				
保険等 情報	医療等						
	介護度	(有効期間: 年月日~年月日)			負担割合		
手帳			級	障がい名			
病名		発症時期		医療機関			
介護保険等サービス利用状況(利用頻度等)							
<input type="checkbox"/> 訪問介護 () <input type="checkbox"/> 訪問入浴 () <input type="checkbox"/> 短期入所 () <input type="checkbox"/> 訪問看護 () <input type="checkbox"/> 通所介護 () <input type="checkbox"/> 通所リハ () <input type="checkbox"/> 訪問リハ () <input type="checkbox"/> 小規模多機能 <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> 特養 <input type="checkbox"/> 老健 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与 ()							
ADL	自立	見守り	一部介助	全介助	要支援者は必要事項のみ記入		
移動方法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 杖使用 <input type="checkbox"/> 歩行器使用 <input type="checkbox"/> 装具・補装具使用		
口腔清潔	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	義歯: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ()		
食事	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	食事形態 ()		
入浴	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 自宅(浴室) <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 通所系 <input type="checkbox"/> 清拭のみ ()		
排泄	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> PWC <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> フォーレ <input type="checkbox"/> 自己導尿 <input type="checkbox"/> オムツ		
服薬管理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	薬の有無: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 内容 <input type="checkbox"/> 別紙参照 <input type="checkbox"/> 薬局へ確認してください		
コミュニケーション	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 配慮が必要 (配慮の内容:)						
認知症状等	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 認知症自立度:						
	短期記憶		意思決定		伝達能力		
行動・心理 症状	(<input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 不穏 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 暴言・暴力 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> その他 ())						
夜間の状態	<input type="checkbox"/> 睡眠薬使用有 () <input type="checkbox"/> 良眠 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> その他 ()						
備考	*本人・家族の意向など						

この情報を提供することについて、ご本人またはご家族から同意を頂いています。

多職種連携連絡票

<依頼先>

医療機関・事業所等の名称: ○○病院
 TEL: 022-○○○-○○○○ FAX: 022-○○○-○○○○
 職種・氏名: ○○ ○○ 様

<送信元>

医療機関・事業所等の名称: 黒川地域居宅介護支援事業所
 TEL: 022-○○○-○○○○ FAX: 022-○○○-○○○○
 職種・氏名: 介護支援専門員 福祉 太郎

<本人(家族)の同意について>

同意あり 同意なし ※同意はありませんが、必要な情報と判断し、ご連絡致します。

<対象者情報>

ふりがな	くろかわ たろう	性別	生年月日		要介護度
氏名	黒川 太郎	男	昭和10年9月30日	84 歳	要介護1

<連絡・内容記載欄>

連絡理由 挨拶 本人の状況の相談・報告 ケアプラン サービス内容確認
 サービス担当者会議 治療方針 服薬状況 その他

<内容> 介護サービス利用時の医学的意見・助言等をお願い致します。

いつも大変お世話になっております。
 来月より○○デイサービスを利用することになりました。
 サービスの利用にあたり、特に入浴、運動、食事等について留意点等あれば、下記回答欄にご助言をお願い致します。

*返信の希望: 返信願います 返信不要です

<回答内容記載欄>

<本票送付の目的> 返信 確認済

→ 文書で回答します⇒ 下記参照/別紙文書(持参・FAX・メール・郵送)
 → 電話してください⇒ 月 火 水 木 金 土の午前・午後 時頃
 → 面談します⇒ 月 日 ()の 午前・午後 時頃
 → ※場所

<内容> 【サービス利用にあたっての留意点】

- 入浴: 可・否 (許容範囲) ⇒ 体温: °Cまで可能
 - 運動: 可・否 血圧: 収縮期 ~ mmHg/ 拡張期 ~ mmHgまで可能
 脈拍: ~ 回/分まで可能
 - 食事: 有・無
- ※具体的な制限内容⇒

医療機関 主治医 様

基本情報		(入院日)	(提出日)	(記入日)
初回受付日		事業所名		担当者名
利用者名		性別	生年月日	
住所		行政区		電話
緊急連絡先	氏名	様	続柄	電話番号
意向 要望	本人			
	家族			
生活歴 生活状況				
家族状況	キーパーソン			家屋状況
	氏名	続柄		
	介護者			
	氏名	続柄		
医療情報	医療機関名		病歴・病歴	
	主治医			
	受診形態			
	受診頻度			
	医療処置等	<input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 酸素 <input type="checkbox"/> 経 <input type="checkbox"/> インスリン <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> その他(
介護保険 認定情報	要介護度	保険者番号		被保険者番号
	認定日	認定期間		
日常生活 自立度	障がい高齢者の日常生活自立度		認知症高齢者の日常生活自立度	
	判定方法 主治医意見書 その他()			
課題分析理由				
被保険者 情報等	医療保険	年金、手当等		
	障害手帳等	その他		
日常生活 の状況	項目	自立度	備考	
	寝返り・起居			
	移乗・移動			
	食事		形態	とろみ
	排泄			
	入浴			
	更衣			
	整容			
その他				
行動心理症状	<input type="checkbox"/> 大声 <input type="checkbox"/> 介護抵抗 <input type="checkbox"/> 不安・焦燥 <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> その他(
1日の生活	0時	12時	24時	
サービス利用状況				その他

以上情報提供いたします。

事業所名
担当者名

主治医殿

事業所

氏名

様の介護サービス提供において、下記事項についての情報を必要としますので、
 よろしくお願いたします。

(希望するサービス) <input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション <input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション <input type="checkbox"/> 老健ショートステイ <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与	<input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導 <input type="checkbox"/> 訪問介護（ホームヘルプ） <input type="checkbox"/> 通所介護（デイサービス） <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム等	<input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴介護 <input type="checkbox"/> 特養ショートステイ
<input type="checkbox"/> 特殊ベッド（付属品含む）、 <input type="checkbox"/> 電動車いす、 <input type="checkbox"/> 床ずれ防止用具、 <input type="checkbox"/> 車いす（付属品含む）、 <input type="checkbox"/> 移動用リフト、 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
【担当ケアマネジャーからの相談】 []		

情報提供書

氏名			生年月日	
住所				
傷病名				
提供サービス	<input type="checkbox"/> 入浴	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否	血圧(/ mmHg以上中止、 / mmhg以下中止) 体温(°C以上中止) 留意事項	
	<input type="checkbox"/> 訪問看護	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否	留意事項	
	<input type="checkbox"/> 訪問介護	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否		
	<input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 通所リハ	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否		
	<input type="checkbox"/> 送迎	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否		
	<input type="checkbox"/> 短期入所	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否		
	<input type="checkbox"/> 訪問リハビリ	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否		
	<input type="checkbox"/> 福祉用具	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否		
感染症	<input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> あり()			
現在の処方				
ご意見をいただいた情報提供書について、事業者にしを交付してよろしいでしょうか。 <input type="checkbox"/> 同意する <input type="checkbox"/> 同意しない				

令和1年7月12日

事業所名
連絡先:
担当 CM:

医療機関 住所
 名称
 主治医

主治医殿

事業所

氏名

様の介護サービス提供において、下記事項についての情報を必要としますので、
 よろしくお願ひいたします。

(希望するサービス)	<input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導	<input type="checkbox"/> 訪問看護
<input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション	<input type="checkbox"/> 訪問介護 (ホームヘルプ)	<input type="checkbox"/> 訪問入浴介護
<input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション	<input type="checkbox"/> 通所介護 (デイサービス)	<input type="checkbox"/> 特養ショートステイ
<input type="checkbox"/> 老健ショートステイ	<input type="checkbox"/> 有料老人ホーム等	
<input type="checkbox"/> 福祉用具貸与	<input type="checkbox"/> 特殊ベッド (付属品含む)、	<input type="checkbox"/> 車いす (付属品含む)、
	<input type="checkbox"/> 電動車いす、	<input type="checkbox"/> 移動用リフト、
	<input type="checkbox"/> 床ずれ防止用具、	<input type="checkbox"/> その他 ()
【担当ケアマネジャーからの相談】		

情報提供書

氏名		生年月日	
住所			
傷病名			
提供サービス	<input type="checkbox"/> 入浴	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否	血圧(/ mmHg以上中止、 / mmHg以下中止) 体温(°C以上中止) 留意事項
	<input type="checkbox"/> 訪問看護	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否	留意事項
	<input type="checkbox"/> 訪問介護	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否	
	<input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 通所リハ	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否	
	<input type="checkbox"/> 送迎	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否	
	<input type="checkbox"/> 短期入所	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否	
	<input type="checkbox"/> 訪問リハビリ	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否	
	<input type="checkbox"/> 福祉用具	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否	アイテムを選択してください。 アイテムを選択してください。 アイテムを選択してください。
感染症		<input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> あり()	
現在の処方			
ご意見をいただいた情報提供書について、事業者に写しを交付してよろしいでしょうか。 <input type="checkbox"/> 同意する <input type="checkbox"/> 同意しない			

令和1年7月12日

事業所名
連絡先:
担当 CM:

医療機関	住所
	名称
	主治医

診療情報提供書

氏 名 _____ (男 ・ 女)

生年月日 (明治 ・ 大正 ・ 昭和) _____ 年 _____ 月 _____ 日

住 所 _____

病 名	発病年月	既 往 歴	発病年月

服 薬 内 容

血圧	平時測定値 (/)
	入浴・リハビリ等サービス提供可能範囲 (/ ~ /)
体温	平時測定値 ()
	入浴・リハビリ等サービス提供可能範囲 ()
脈拍	平時測定値 ()
	入浴・リハビリ等サービス提供可能範囲 ()

サービス利用時の留意点	
感染症	無 ・ 有 ()
リハビリテーション	可 ・ 否 ()
その他	褥瘡 ・ カテーテル ・ 在宅酸素 ・ 吸引 ・ 浣腸 ・ インシュリン 経管栄養 () ・ その他 () ()
他科受診	なし ・ あり ()

ご意見いただいた情報提供については、サービス事業所に写しを交付してもよろしいでしょうか

同意する ・ 同意しない

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

所 在 地
医療機関名
医 師 氏名



(入院・入所) (退院・退所) 情報提供書記載マニュアル

登米市医師会

登米市医療局

宮城県ケアマネジャー協会登米支部

1 患者・利用者の情報提供様式の統一にあたって

これまで、介護保険サービスを利用する際には、ケアマネジャー等（居宅介護支援事業所のケアマネジャー、地域包括支援センター職員、自己作成者）は、必要に応じて、利用者のかかりつけ医から利用者の医療情報の提供を受けるため「診療情報提供書」という様式を使用していました。

しかし、これらの様式は統一されておらず、さらに、介護保険サービス事業者によって医療情報を求める様式が異なり、かかりつけ医の負担とともに、利用者等の経済的な負担ともなっていました。

このようなことから、関係者である登米市立佐沼病院地域医療連携室、宮城県ケアマネジャー協会登米支部、登米市内介護保険事業者等が集まり、これからの登米市内における医療情報の提供のあり方や利用者をはじめとした関係者の負担をいかに軽減するかを検討することとなり、利用者の医療情報を提供する様式を統一することで意見が一致しました。

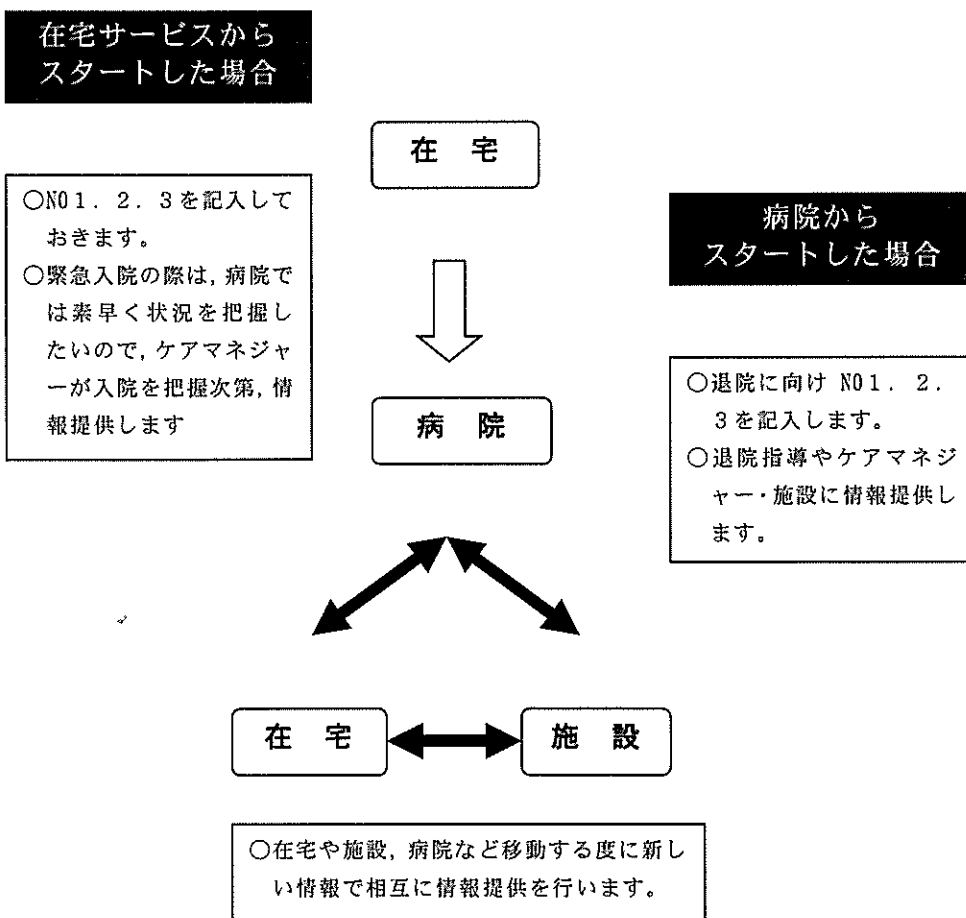
関係者間で検討を重ね作成した様式は、これまでのように、かかりつけ医からの一方向の情報だけではなく、関係者相互に情報を提供し合うものとなっており、関係者が同じ視点で利用者の状態を知ることにより、有効に活用できるものとなっています。さらに、情報提供による費用が医療保険及び介護保険の適用となることによる利用者負担の軽減にもつながるものとなっています。

登米市内の医療機関、介護保険サービス事業者等におかれましては、これら統一様式を作成した趣旨を御理解の上、是非とも活用頂き、利用者への的確な対応と関係者間の円滑な連携が促進されることを願うものです。

2 この診療情報提供書の使い方

ケアマネジャーは、医療連携加算として医療機関に情報提供する際に活用します。
 病院では、退院時のケアマネジャーや施設への情報提供の際に活用します。
 施設では、退所時のケアマネジャーや病院への情報提供の際に活用します。
 情報提供書は、No1, No2, No3 の 3枚セット で情報提供します。
 情報提供に関する同意は _____ で取る必要があります。

No 1	フェイスシートとなるものです。最初に関わった機関で記載します。 変更が無い場合には、コピーでも構いません。 フェイスシートの中で変更があった場合には修正し、経過録にも記載します。
No 2	その方の経過概要が分かるように記載する用紙です。 関わった機関が追記し、次の機関へ送付します。
No 3	直近の状況を記載するものです。 入院した場合には在宅や、施設での状況を記載します。 病院から退院する場合には、退院直前の状況を記載します。 在宅の場合は、記載内容を毎月のモニタリングに活用するなど、把握することにより緊急時に素早く対応することができます。



フェイスシートとなるもので、最初に関わった関係機関が記載します。
変更がある場合は修正し、NO2経過録にも記載します。

記載日を入れます。

(入院・入所) (退院・退所) 情報提供書 N01 22年 7月 1日現在

フリガナ氏名	登米 太郎	性別	男	生年月日	明治 大正 昭和 12年5月19日 (73歳)	血液型	0型 Rh (+・-)
住所	登米市迫町佐沼			電話			

家族の中出
キーパーソンになる方
から記載し
ます。

主な連絡先	氏名	続柄	電話番号	家族構成・家族歴 (<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性 本人は塗りつぶし) 2人暮らし 妻程度認知か?
	登米 花子	妻	22-〇〇××	
	宮城 葉子	長女	11-××〇〇	
主治医連絡先	医療機関・施設名	医師名	電話番号	主介護者 本人との関係 (妻)
	D病院			
	B病院			

家族構成は、同居家族、
援助が得られそうな家
族を、家族歴は脳卒中、
遺伝疾患などがある場
合に記載します

担当	居宅介護支援事業所名	電話番号	担当者名
ケアマネ	<input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業所		<input type="radio"/> CM

分かる範囲
で記載しま
す。(不明な
点は空欄で
可)

医療関係	生活保護の受給	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	
	区分 (<input type="checkbox"/> 本 <input type="checkbox"/> 家)	<input type="checkbox"/> 社保 <input checked="" type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 後高齢 <input type="checkbox"/> 第三者行為 <input type="checkbox"/> 業務災害 <input type="checkbox"/> 他 ()	
		自己負担 限度額	70歳未満 <input type="checkbox"/> 上位 <input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 低 70歳以上 <input type="checkbox"/> 現役並 <input checked="" type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 低II <input type="checkbox"/> 低I
	認定	<input type="checkbox"/> 対象外 <input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 認定済 介護度 (要支援・要介護 1) 認定日 H20. 10. 30 有効期間 (H20. 10. 30~22. 10. 29)	

直近の状況
を記載しま
す。
変更がある
場合には記
載し直し、
NO2にも記
録しま
す。

減免	介護保険 負担限度額認定証	<input checked="" type="checkbox"/> 対象外 <input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 交付済 第 1・2・3・4 段階
	社会福祉法人等 利用者負担軽減認定証	<input checked="" type="checkbox"/> 対象外 <input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 交付済
福祉手帳	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (身障 級・療育 級・精神 級) <input type="checkbox"/> 他 公害 戦傷病者 被爆者 ()	
自立度	障害高齢者の日常生活自立度	自立 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2
	認知症高齢者の日常生活自立度	自立 I IIa IIIa IIIb IV M

認定に係る
意見書等で
確認ができ
る場合は記
載します。

既往歴	平成 20年 10月 脳梗塞	これまでの主な罹患状況を記載します。
生活歴	(職歴、結婚歴、趣味等) 宮城県生まれ。高校卒業後、会社員として働き、主に営業を担当していた。 25歳の時に結婚。二児をもうけた。 若い頃から地域の活動に参加しており、近隣に友人が多い。 60歳で退職。67歳まで再就職先で働いていた。	出生から、現在に至るまでの職歴、結婚歴や趣味、活動などを記載します。
その他	妻は糖尿病のため定期通院、内服加療中。 腰痛あり。物忘れなどがみられる。 長女は市内に住んでいるが、介護への協力は難しい。	家族関係や経済状況など、特記すべき事項があれば記載します。

対象者の医療福祉サービス等の利用歴を記載する
 ものです。追記していきます。

NO1の情報の追加、
 修正があればその内
 容を記載します。

経過録 N02			
フリガナ 氏名	登録 太郎	男・女	明治 大正 昭和 12年 5月19日 (73歳)
期間	場所・病名・転機先など	N01の 修正箇所	所属 担当者氏名
20年10月 1日 ～ 20年11月 8日	脳梗塞によりB救急病院入院、 自宅へ退院	初回記載	B救急病院 地域医療連携室 〇〇
20年11月 8日 ～ 22年 8月11日	デイサービスを利用しながら自宅で 生活	担当ケアマ ネ追記	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 居宅介護支 援事業所 <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> CM
22年 8月11日 ～ 22年 9月11日	大腿骨頸部骨折により大崎市民病院 入院, 〇〇老健へ	主治医追記	大崎市民病院 地域医療連携室 ●●
22年 9月11日 ～ 22年11月30日	リハ目的で入所。 自宅へ退所	障害者手帳 追記	〇〇老健 生活相談員 △△
22年11月30日 ～ 年 月 日	通所リハを利用しながら自宅生活	介護度変更	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 居宅介護支 援事業所 <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> CM
年 月 日 ～ 年 月 日			
年 月 日 ～ 年 月 日			
年 月 日 ～ 年 月 日			
年 月 日 ～ 年 月 日			
年 月 日 ～ 年 月 日			
年 月 日 ～ 年 月 日			

登米市外の医療機関
 等に入院した場
 合は、次の機関でその
 間を追記してくださ
 い。

状況変化が起きる直近の状況を記載します。
急性発症の場合は、その前の状況、入院・入所の場合は、退院・退所の直前の状況です。

情報提供書 N03 (記載例) 記載日 22年 9月11日

フリガナ 登梁 太郎 男・女 明治 大正 昭和 12年 5月19日(73歳) 血液型 O型(Rh⁺-)

入院・入所期間 22年 8月 11日 ~ 22年 9月 11日

病名 左大腿骨頸部骨折

経過 左大腿骨頸部骨折にて、入院。手術経過良くリハビリ開始。リハ経過良く、杖歩行が獲得でき、自宅退院となる。入院中は、便秘が続き、下剤服用、洗腸・排便を必要としていた。
バイタル：
今回の入院、入所又は在宅での状況を病院が記載します。(在宅から入院に至った場合は、記載は不要です)

身長 173cm 体重 80kg アレルギー 有(花粉)・無

感染症 無・有 HBS ・HCV ・梅毒 ・MRSA(咽頭・鼻腔・尿・その他)

機能障害	麻痺	無・有(左片麻痺, 左筋力低下)	処方薬(添付可) お薬手帳等の写しなど別紙添付でも可 ・降圧剤 ・下剤 ・安定剤 など 薬の名前と量・頻度
	言語	無・有()	
	視力	無・有(老眼)	
	聴力	無・有(難聴)	
	認知	無・有()	
	嚥下	無・有()	
	口腔	無・有(総義入れ歯)	

バイタル	体温	(36.5℃ ~ 37.0℃)	処置 看護師等が行う医療処置を記載します。 洗腸, 排便, たん吸引等
	血圧	(140/ 80 ~ 160/ 90)	
	脈拍	(70~80/分)	

最終	排便	(9月10日 洗腸・排便)	洗腸・排便
	入浴	(9月10日)	

病院では退院後サービス提供を望まれるものを在宅ではサービス提供状況を記載します。

サービス利用状況 または予定	訪問系	訪問看護(2回/週) 訪問介護() 訪問リハ(1回/週)
	通所系	通所介護() 通所リハ()
	施設系	老人保健施設() 老人福祉施設() 療養型施設() ショートステイ()
	福祉用具・住宅改修	貸与(), 購入(入浴椅子), 改修(浴室手すり)
	補装具	杖
	障害者福祉サービス	まもりーぶ

()内には頻度を入れて下さい。(2/週)など

短下肢装具など利用している場合に記載します。

活動・余暇活動	1日の過ごし方(余暇)	0 3 6 9 12 15 18 21 24 起床 朝食 昼食 昼寝 テレビ 夕食 入浴 就寝
	睡眠	朝まで熟睡している
	趣味	釣り
	嗜好	アルコール: 有(1合/日)・無 たばこ: 有(10本/日)・無
	運動習慣	無・有()

1日のおおまかなスケジュールを記載します。

夜間の睡眠の状態や、寝起きの状態を記載します。(夜間徘徊ありなど)

自立の状況をチェックします。

使用する道具等を記載します。

セッティングとは準備を支援し、活動自体は一人でやる場合です。

自立以外で何らかの介助が必要な場合は、具体的な介助方法を記載します。

項目	自立度	使用する道具など
移動 (歩行) (車いす)	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> セッティング <input checked="" type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 独歩 <input checked="" type="checkbox"/> 杖(杖) <input type="checkbox"/> 装具() <input type="checkbox"/> 介助歩行 <input type="checkbox"/> 歩行者 <input type="checkbox"/> 車いす(自操・介助) <input type="checkbox"/> ベッド上(エアマット有・無)
	詳細 杖歩行で移動するが、多少ふらつきがある	
移乗	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> セッティング <input checked="" type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
	詳細	
排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> セッティング <input checked="" type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 全介助	<input checked="" type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> 便器 <input type="checkbox"/> リハバン <input type="checkbox"/> 尿取りパット <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 尿カテーテル <input type="checkbox"/> ストマ
	詳細 日中はトイレ、夜間はポータブルトイレを使用	
入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> セッティング <input type="checkbox"/> 見守り <input checked="" type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 全介助	<input checked="" type="checkbox"/> 個浴 <input type="checkbox"/> 機械浴 <input type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> 清拭 <input checked="" type="checkbox"/> 手すり <input type="checkbox"/> 浴室用椅子
	詳細 風呂の出入りが不安定。	
D 洗身 /洗髪	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> セッティング <input checked="" type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 全介助	入浴用車いすなどを使い、座位のまま入れる浴槽など
	詳細	
L 整容	<input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> セッティング <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
	詳細	
更衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> セッティング <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 全介助	経口摂取ができない場合は、摂取不可にチェックします。
	詳細 ベッド上であれば可能	
食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> セッティング <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 摂取不可	形態(主食: 普通, 副食: 普通) 自助具: () 経管栄養(<input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 経鼻)
	詳細 セッティングすれば自力で摂取可能	
コミュニケーション	意思疎通 <input checked="" type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可	機器 ()
	詳細	

一般家庭用浴槽

洗体をするために使用する、背もたれなどがついている椅子

経口摂取ができない場合は、摂取不可にチェックします。

話すこと(筆談)が通じるかどうかチェックします。

上記の通り情報提供いたします。

22年 9月11日

機関名 D病院 地域医療連携室

住所 電話番号

氏名 ●● (印)

NO1, 2, 3の3枚セットとして、情報提供書とするために、記載者が署名・押印します。

女川町版 医療・介護連携情報シート

御中

記入日

基本情報

氏名		性別		生年月日		歳
住所				電話番号		

入院前 身体状況

移動		状態				
食事		食事形態	主食	副食		
		食習慣	一日	1食の食分量		
排泄		状態				
入浴		状態				
更衣						
整容						
麻痺						
認知状況						
日常生活自立度			認知症自立度			
家族構成 <input type="checkbox"/> : 男性 <input type="checkbox"/> : 女性 <input checked="" type="checkbox"/> / <input checked="" type="checkbox"/> : 本人 <input checked="" type="checkbox"/> / <input checked="" type="checkbox"/> : 故人 ☆: キーパーソン 続柄は記入 日中の状況 独居・高齢者のみ			家族 1	氏名		
				続柄		
				住所		
				固定電話		
				携帯電話		
			家族 2	氏名		
				続柄		
				住所		
				固定電話		
				携帯電話		

介護サービス利用状況

介護認定	
サービス状況	第3表 週間サービス計画表の添付

(本人の生活状況)(介護者の状況)・他院通院状況・その他

居宅介護支援事業所名
 住所・電話番号
 担当介護支援専門員

医療機関宛先
女川町地域医療センター
女川地区仮設歯科診療所

性別
<input checked="" type="checkbox"/> 男性
<input checked="" type="checkbox"/> 女性

移動・食事・排泄・入浴・更衣・整容
<input checked="" type="checkbox"/> 自立
<input checked="" type="checkbox"/> 見守り
<input checked="" type="checkbox"/> 一部介助
<input checked="" type="checkbox"/> 全介助

移動選択欄
<input checked="" type="checkbox"/> 杖
<input checked="" type="checkbox"/> 歩行器
<input checked="" type="checkbox"/> シルバーカー
<input checked="" type="checkbox"/> 車椅子
<input checked="" type="checkbox"/> ストレッチャー

排泄選択欄
<input checked="" type="checkbox"/> トイレ
<input checked="" type="checkbox"/> Pトイレ
<input checked="" type="checkbox"/> 尿器
<input checked="" type="checkbox"/> おむつ
<input checked="" type="checkbox"/> カテーテル

入浴選択欄
<input checked="" type="checkbox"/> 入浴
<input checked="" type="checkbox"/> 機械浴
<input checked="" type="checkbox"/> シャワー浴
<input checked="" type="checkbox"/> 清拭

麻痺
<input checked="" type="checkbox"/> 右上肢
<input checked="" type="checkbox"/> 左上肢
<input checked="" type="checkbox"/> 右下肢
<input checked="" type="checkbox"/> 左下肢

日常生活自立度
<input checked="" type="checkbox"/> 自立
<input checked="" type="checkbox"/> J1
<input checked="" type="checkbox"/> J2
<input checked="" type="checkbox"/> A1
<input checked="" type="checkbox"/> A2
<input checked="" type="checkbox"/> B1
<input checked="" type="checkbox"/> B2
<input checked="" type="checkbox"/> C1
<input checked="" type="checkbox"/> C2

認知症自立度
<input checked="" type="checkbox"/> 自立
<input checked="" type="checkbox"/> I
<input checked="" type="checkbox"/> IIa
<input checked="" type="checkbox"/> IIb
<input checked="" type="checkbox"/> IIIa
<input checked="" type="checkbox"/> IIIb
<input checked="" type="checkbox"/> IV
<input checked="" type="checkbox"/> M

介護認定
<input checked="" type="checkbox"/> 要支援1
<input checked="" type="checkbox"/> 要支援2
<input checked="" type="checkbox"/> 要介護1
<input checked="" type="checkbox"/> 要介護2
<input checked="" type="checkbox"/> 要介護3
<input checked="" type="checkbox"/> 要介護4
<input checked="" type="checkbox"/> 要介護5
<input checked="" type="checkbox"/> 区分変更中

サービス状況
<input checked="" type="checkbox"/> あり
<input checked="" type="checkbox"/> なし(週間サービス計画表を「その他」へ転記)

石巻地域連携票

紹介先

担当

様

平成28年 月 日 紹介元 () 担当者 ()

⑪

診療情報提供書 薬剤情報 (当院処方・他院処方) データー *入院病棟 ()

フリガナ: 名前: (ID)	性別 男・女	生年月日 M T S H 年 月 日 歳	住所	
緊急連絡先 氏名:		続柄 ()	電話番号:	
病名: 診療情報提供書ない場合記載	既往歴や内服情報 (診療情報提供書や薬剤情報がない場合記載)			
主治医:	<input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> HT <input type="checkbox"/> がん () <input type="checkbox"/> 脳血管疾患 <input type="checkbox"/> 認知症			
保険: 国保・協会けんぽ・組合・共済・後期高齢者・生保 保険者番号 () 被保険者 (記号:) 番号: ()				
<input type="checkbox"/> 身障手帳 (級・身体・療育・精神) <input type="checkbox"/> 特定疾患医療受給者票 (<input type="checkbox"/> 申請中)				
減額認定証: 70歳以上 (低所得Ⅰ・低所得Ⅱ・一般・現役並み) 70歳未満 (ア・イ・ウ・エ・オ)				
介護保険: 申請 (要支援1・2 要介護1・2・3・4・5) 事業所: 担当者: 申請なし・新規申請中・区分変更中 (認定調査: 済・未)				
目的 家族の希望	リハビリ (起算日 脳・がん・廃・心・呼・運)・療養・在宅準備・その他			
家族状況 介護問題	キーパーソン: (続柄) 同居・別居 独居・日中独居・家族が仕事をしている・高齢者のみ 同居人数 (人 (本人含む)) その他 ()			
医療	<input type="checkbox"/> 褥瘡 [] <input type="checkbox"/> 気管切開 [] <input type="checkbox"/> インスリン [回/日] <input type="checkbox"/> 血糖測定 [回/日] <input type="checkbox"/> 酸素 [L/min] <input type="checkbox"/> 吸引 [回/日] <input type="checkbox"/> ストマ [人工肛門・人工膀胱] <input type="checkbox"/> 麻薬管理 [] <input type="checkbox"/> 点滴 [IVH・PICC・CVポート・末梢点滴・皮下点滴] <input type="checkbox"/> 経管栄養 [胃ろう 造設日 ()・経鼻栄養] <input type="checkbox"/> 感染症 [HBs・HCV・MRSA・CDトキシン] → 痰・尿・便・創・血液 <input type="checkbox"/> その他 ()			
移動	独歩・杖歩行・シルバーカー・歩行器・車椅子 (自立)・車椅子 (介助)・ねたきり			
食事	方法	経口 経管栄養 絶食 その他 ()		
	介助程度	自立 見守り 一部介助 全介助 食事量 ()		
	形態	・主食: 常・粥・ミキサー 副食: 常食・きざみ (つぶし)・ミキサー・ムース 補食: 無・有 とろみ剤: 無・有		
排泄	昼	トイレ ポータブル 尿器 おむつ 留置カテーテル (Fr・腎ろう) → 自立・介助		
	夜	トイレ ポータブル 尿器 おむつ 留置カテーテル (Fr・腎ろう) → 自立・介助		
清潔	清拭 シャワー浴 機械浴 入浴 → 自立・介助		麻痺: あり・なし 拘縮: あり・なし 部位 (右・左) 上肢・下肢 構音障害・失語	
服薬	自立 見守り 一部介助 全介助			
視力	良 不良	聴力		良 不良
コミュニケーション	良 やや困難 困難			
認知症状 問題行動	無・有: 興奮 大声 暴力 せん妄 抑うつ 徘徊 自傷 不潔 暴食 帰宅願望 転倒 転落			
抑制	無・有: ミトン・四肢抑制・体幹抑制・4点柵・かべ寄せ・センサー			
当院予約状況	診療科 () 予約日		診療科 () 予約日	
その他				