

3 様式集

◆入院時連携シート【様式1】

◆看護サマリー（兼北信地区看護連絡表）【様式2】

◆須高地域栄養サマリー【様式3】

◆リハビリテーション連携用紙

◇県立信州医療センターの様式（リハビリテーション報告書）【様式4】

◇新生病院の様式（リハビリテーションサマリー）【様式5】

入院時連携シート

病院様

入院日：	年	／
記入日：	年	／

居宅介護支援事業所：

担当者：

問い合わせ先：電話：

FAX：

ふりがな 氏名		男 女	生年月日	T S	年	月	日
住所				電話			
連絡先	氏名			続柄：	電話		
キーパーソン	氏名			続柄：	電話		
入院時状況							
	かかりつけ機関名	医師名	連絡先	受診方法	紹介状		
医療機関				通院・往診	有・無		
				通院・往診	有・無		
				通院・往診	有・無		
歯科				通院・往診	有・無		
薬局							
介護保険	認定内容	要支援()・要介護()・更新中・区変中・新規申請中					
	サービス 利用状況	利用なし・訪問介護・訪問看護・訪問入浴・訪問リハビリ・デイサービス デイケア・ショートステイ・福祉用具貸与・福祉用具購入・住宅改修(済・予定)					
身体・ 生活 状況	食事 形態	自立・見守り・一部介助・全介助 ペースト・きざみ・ソフト食・普通・経管栄養		家庭状況(人暮らし)			
	移動 方法	自立・見守り・一部介助・全介助 杖・車イス・シルバーカー・歩行器・ストレッチャー					
	移乗	自立・見守り・一部介助・全介助					
	排泄	自立・見守り・一部介助・全介助 トイレ・Pトイレ・おむつ・カテーテル等					
	更衣	自立・見守り・一部介助・全介助		*キーパーソンに★印			
	入浴	自立・見守り・一部介助・全介助		視覚障害	無・有	聴覚障害	無・有
	睡眠	良眠・不眠(服用:有・無)		意思の伝達	可・不可	認知症状	無・有
	寝室	布団・ベッド(一般家具・特殊寝台)		麻痺	無・有	拘縮	無・有
	浴室	段差(無・有)手すり(無・有)		問題になる行動：無・有			
	トイレ	洋式・和式・手すり(無・有)					
◆ 生活の様子(家庭での役割)・ケアマネジャーからお伝えしたいこと							

*退院の見込みが立ちましたら、ケアマネジャーまでご連絡宜しくお願いします。

*医療と介護の連携推進協議会2013.1月作成

須高地域栄養サマリー

記入日	入院(入所)日
退院(退所)日	*月日を英数半角で入力 区切は/
施設名	TEL (代表)
管理栄養士	FAX (直通)

ふりがな		身体状況	計測日	主病名・既往歴
氏名	様 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	身長	cm	
生年月日	M・T・S・H 年 月 日 歳	体重	kg	
		BMI	kg/m ²	

(食事内容)

食事内容	<input type="checkbox"/> 一般食 <input type="checkbox"/> 特別食	<input type="checkbox"/> 高血圧減塩食 <input type="checkbox"/> 心臓減塩食 <input type="checkbox"/> 糖尿病食 <input type="checkbox"/> 脂質異常症食 <input type="checkbox"/> 肝臓病食
		<input type="checkbox"/> 脂質制限食 <input type="checkbox"/> 消化管術後・潰瘍食 <input type="checkbox"/> その他()
エネルギー kcal たんぱく質 g 食塩相当量 g 飲水量 ml ()		
食事形態	主食	<input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> 粥ペースト <input type="checkbox"/> その他() 重量()g
	副食	一般食形態 <input type="checkbox"/> 常菜 <input type="checkbox"/> 軟菜 <input type="checkbox"/> キザミ() <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> その他()
嚥下調整食 嚥下学会分類 *注1 : <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2-2 <input type="checkbox"/> 2-1 <input type="checkbox"/> 1-j <input type="checkbox"/> 0-t <input type="checkbox"/> 0-j		
水分摂取状況	とろみ: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (強さ *注2 : <input type="radio"/> 薄い <input type="radio"/> 中間 <input type="radio"/> 濃い) <input type="checkbox"/> ゼリー	
食事摂取量	主食: 割 副食: 割 特記事項:	
補助食品	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () を () 個・本・パック	
アレルギー・禁忌食品	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	
備考		

*注1 *注2 は、裏面の学会分類2013早見表を参照

(ADL)

摂取方法	<input type="checkbox"/> 自力 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
食事姿勢	<input type="checkbox"/> ベッド上 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 指示なし 備考: <input type="checkbox"/> ギャッジアップ30° <input type="checkbox"/> ギャッジアップ45° <input type="checkbox"/> ギャッジアップ60° <input type="checkbox"/> 坐位
使用食器	<input type="checkbox"/> 箸 <input type="checkbox"/> 大スプーン <input type="checkbox"/> 小スプーン <input type="checkbox"/> フォーク <input type="checkbox"/> 自助食器 ()
食事に関する問題点	<input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 嚥下障害 <input type="checkbox"/> 咀嚼障害 <input type="checkbox"/> 麻痺 (<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左) <input type="checkbox"/> 食物認知障害 <input type="checkbox"/> 開口困難 <input type="checkbox"/> 食べこぼし <input type="checkbox"/> その他 () 自歯の状況 () 義歯の状況 ()

(経管栄養)

濃厚流動品名	<input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> その他()
指示量	朝 mL(本) 昼 mL(本) 夕 mL(本) 注入速度 mL/hr
水分	朝 mL(本) 昼 mL(本) 夕 mL(本) 注入速度 mL/hr
注入上の問題点	<input type="checkbox"/> 胃食道逆流 <input type="checkbox"/> 嘔気・嘔吐 <input type="checkbox"/> 痰絡み <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> その他()

(検査値及び身体状況)

血液検査値	Alb: g/dL
()は採血日	() () () (*測定日と同様)
褥瘡	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 特記事項:

備考	
----	--

作成元: 須高地域医療福祉推進協議会(須高地域医療福祉施設栄養関係職員連絡会)

* 当サマリーは施設(病院)の管理栄養士にお渡し下さい。

* 個人情報であるため、取り扱いに注意して下さい。

学会分類2013(食事)早見表【抜粋】			j:ゼリー(jelly) t:とろみ(thickness)	【様式3】	
コード	名称	形態	主食の例	嚥下食ピラミッドとの対応	
0	j	嚥下訓練食品0j	均質で、付着性・凝集性・硬さに配慮したゼリー 離水が少なく、スライス状にすくうことが可能なもの	嚥下食ピラミッドL0	
	t	嚥下訓練食品0t	均質で、付着性・凝集性・硬さに配慮したとろみ水 (原則的には、中間のとろみあるいは濃いとろみのどちらかが適している)	嚥下食ピラミッドL3の一部 (とろみ水)	
1	j	嚥下調整食1j	均質で、付着性・凝集性・硬さ・離水に配慮したゼリー・プリン・ムース状のもの	おもゆゼリー、ミキサー粥のゼリーなど	嚥下食ピラミッドL1・L2
2	1	嚥下調整食2-1	ピューレ・ペースト・ミキサー食など、均質でなめらかで、べたつかず、まとまりやすいもの スプーンですくって食べることが可能なもの	粒が少なく、付着性の低いペースト状のおもゆや粥	嚥下食ピラミッドL3
	2	嚥下調整食2-2	ピューレ・ペースト・ミキサー食などで、べたつかず、まとまりやすいもので不均質なものを含む スプーンですくって食べることが可能なもの	やや不均質(粒がある)でもやわらかく、離水もなく付着性も低い粥類	
3		嚥下調整食3	形はあるが、押しつぶしが容易、食塊形成や移送が容易、咽頭でばらけず嚥下しやすいように配慮されたもの 多量の離水がない	離水に配慮した粥など	嚥下食ピラミッドL4
4		嚥下調整食4	硬さ・ばらけやすさ・貼りつきやすさなどのないもの 箸やスプーンで切れるやわらかさ	軟飯・全粥など	

学会分類2013(とろみ)早見表【抜粋】			
	段階1: 薄いとろみ	段階2: 中間のとろみ	段階3: 濃いとろみ
性状の説明 (飲んだ時)	<ul style="list-style-type: none"> 「drink」するという表現が適切にとろみの程度 口に入れると口腔内に広がる液体の種類・味や温度によっては、とろみがついていることがあまり気にならない場合もある 飲み込む際に大きな力を要しない ストローで容易に吸うことができる 	<ul style="list-style-type: none"> 明らかにとろみがあることを感じ、かつ「drink」するという表現が適切にとろみの程度 口腔内での動態はゆっくりですぐには広がらない 舌の上でまとめやすい ストローで吸うのは抵抗がある 	<ul style="list-style-type: none"> 明らかにとろみがついていて、まとまりがよい 送り込むのに力が必要 スプーンで「eat」という表現が適切にとろみの程度 ストローで吸うことは困難
性状の説明 (見た時)	<ul style="list-style-type: none"> スプーンを傾けるとずっと流れ落ちる フォークの歯の間から素早く流れ落ちる カップを傾け、流れ出た後には、うっすらと跡が残る程度の付着 	<ul style="list-style-type: none"> スプーンを傾けるととろとろと流れる フォークの歯の間からゆっくりと流れ落ちる カップを傾け、流れ出た後には、全体にコーティングしたように付着 	<ul style="list-style-type: none"> スプーンを傾けても、形状がある程度保たれ、流れにくい フォークの歯の間から流れ出ない カップを傾けても流れ出ない(ゆっくりと塊となって落ちる)

学会分類2013(とろみ)に基づく使用量目安一覧 *水100mlあたり

商品名	薄いとろみ	中間のとろみ	濃いとろみ
トロミスマイル	0.4~1.1	1.2~2.2	2.3~3.5
トロミパワースマイル	0.3~0.8	0.9~1.5	1.6~2.5
トロミクリア	0.4~1.2	1.3~2.3	2.4~3.5
明治トロメイクSP	0.5~1.2	1.2~2.0	2.0~3.1
トロミアップパーフェクト	0.5~1.0	1.0~2.0	2.0~3.0
新スルーキングi	0.5~1.0	1.0~2.0	2.5以上は推奨しない
トロミアップエース	0.5~1.0	1.0~2.0	2.0~3.5
ソフティアS	0.9~1.6	1.6~2.6	2.6~4.1
ネオハイトロミールR&E	0.6~1.2	1.2~2.1	2.1~3.4
ネオハイトロミールⅢ	0.4~0.8	0.8~1.4	1.4~2.2
つるりんQuickly	0.7~1.3	1.3~2.2	2.2~3.3
トロメリンEx	0.4~1.1	1.1~1.8	1.8~2.7
トロメリンV	0.5~0.9	0.9~1.4	1.4~2.1

※1 この早見表は抜粋です。必ず原本の早見表及び『日摂食嚥下リハ会誌17(3):255-267, 2013』または日本摂食嚥下リハ学会ホームページ:
http://www.jsdr.or.jp/doc/doc_manual1.html
『嚥下調整食学会分類2013』を必ずご参照ください。

※2 使用目安量は各社の測定に基づいており、あくまでも参考としてください。

a0000000001000034a

リハビリテーション サマリー

退院時 終了時

ID

作成日 20 年 月 日

患者氏名	0 0 様	0	生年月日	1900年1月0日	0 歳	<input type="checkbox"/> 2階 <input type="checkbox"/> 3西 <input type="checkbox"/> 3東 <input type="checkbox"/> 4階 <input type="checkbox"/> 外来
理学療法士		作業療法士		言語聴覚士		
診断名・障がい名（発症日,手術日）		合併症（コントロール状態）			<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	退院先

評価項目・内容

	評価項目・内容		FIM		入院時	退院時	特記事項	
	無	有	点	点	点	点		
心身機能	認知症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有						
	精神障害	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有						
	中枢性麻痺	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	部位:					
	末梢神経性麻痺	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	部位:					
	筋力低下	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	部位:					
	関節可動域制限	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	部位:					
	不随意運動・協調運動障害	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	部位:					
	感覚障害	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	部位:					
	音声・発語障害・失語	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有						
	失行・失認	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有						
	摂食嚥下障害	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有						
	排泄機能障害	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有						
	呼吸・循環機能障害	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有						
	疼痛	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	部位:					
褥瘡	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	部位:						
基本動作	寝返り	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助						
	起き上がり	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助						
	座位	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助						
	立ち上がり	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助						
	立位保持	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助						
	平地歩行	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助						
	活動	セルフケア	食事	0	点	0	点	家屋調査 <input type="checkbox"/> 実施
			整容	0	点	0	点	
			清拭	0	点	0	点	
			更衣(上衣)	0	点	0	点	
更衣(下衣)			0	点	0	点		
トイレ			0	点	0	点		
排泄		排尿コントロール	0	点	0	点		
		排便コントロール	0	点	0	点		
移乗		ベッド・椅子・車椅子	0	点	0	点		
		トイレ	0	点	0	点		
移動	浴槽・シャワー	0	点	0	点			
	歩行・車椅子	0	点	0	点			
コミュニケーション	理解	0	点	0	点			
	表出	0	点	0	点			
社会的認知	社会的交流	0	点	0	点			
	問題解決	0	点	0	点			
	記憶	0	点	0	点			
	FIM合計	0	点	0	点			
	HDS-R		点		点			

経過

理学療法(20 年月日～20 年月日)

作業療法(20 年月日～20 年月日)

言語聴覚療法(20 年月日～20 年月日)

今後の課題

以上簡単ではございますが、リハビリテーションの報告とさせていただきます。ご不明な点がございましたら担当者までご連絡いただければ幸いです。

特定医療法人 新生病院
長野県上高井郡小布施町851 Tel:026-247-2033