

2026年10月1日

| □報告 □相談      |             | 名称・記載者名・職種 |     | 連絡先     |  | 記載例 |
|--------------|-------------|------------|-----|---------|--|-----|
| 介護保険事業所（連携元） | 〇〇ケアプランセンター |            | TEL | 91-**** |  |     |
|              | 広域 連合       | ケアマネジャー    | FAX | 91-**** |  |     |
| 医療機関（連携先）    | △△クリニック     |            | TEL | 91-@@@@ |  |     |
|              | △△医師        |            | FAX | 91-@@@@ |  |     |

|          |         |             |
|----------|---------|-------------|
| 利用者（患者）名 | 坂井地区 太郎 | 2026/9/30時点 |
|----------|---------|-------------|

| (該当する場合☑)                           | 医師に確認してほしい項目                                 | 具体的な状況等（自由記載）                                                          |
|-------------------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> | 薬が大量に余っている                                   | 「いつの間にか朝の薬がたくさん余っている」と本人が話していました。                                      |
| <input type="checkbox"/>            | 薬の服用を拒絶している                                  |                                                                        |
| <input type="checkbox"/>            | 複数回分の薬を一度に服用している                             |                                                                        |
| <input type="checkbox"/>            | 薬の副作用が発生している（ふらつき・脱水症状・せん妄等の有害事象等）※可能性がある    |                                                                        |
| <input checked="" type="checkbox"/> | 体重の増減が推測される / 見た目の変化がある                      | 「体重が増えた」と本人が話していました。デイサービスの報告からも、前回：12月○kg→○kgで3kg増加しています。             |
| <input checked="" type="checkbox"/> | 食事量や食事回数に変化がある                               | デイサービスでの運動で疲れたあとに甘いものをたくさん食べてしまっているようです。                               |
| <input type="checkbox"/>            | 下痢や便秘が続いている                                  |                                                                        |
| <input type="checkbox"/>            | 皮膚が乾燥していたり湿疹等がある                             |                                                                        |
| <input type="checkbox"/>            | 口臭や口腔内出血がある                                  |                                                                        |
| <input type="checkbox"/>            | 不眠が続いている                                     |                                                                        |
| <input type="checkbox"/>            | 認知機能の低下がみられるようになってきた                         |                                                                        |
| <input type="checkbox"/>            | 医療系サービス（訪問看護・リハビリテーション等）を利用するにあたっての留意事項を伺いたい |                                                                        |
| <input type="checkbox"/>            | 退院後、ADLの低下や状態の変化等がみられる                       |                                                                        |
| <input type="checkbox"/>            | 家族等の状況に変化がある                                 |                                                                        |
| <input type="checkbox"/>            | 居住環境に変化がある                                   |                                                                        |
| <input type="checkbox"/>            | ACPに関することについて                                | <input type="checkbox"/> 自宅での最期を希望している <input type="checkbox"/> その他（ ） |

その他確認したい事項・情報共有事項、総括等

**記載例**

- ・お薬が余っているようなので、ご本人さんとお話していただきたいです。
- 朝の薬を飲み忘れることが多いようなので、昼食後などに調整できないでしょうか？ 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いただいています。