

大崎市災害時多職種連携連絡票（仮）

							写真			
※本票は災害発生時等の緊急時にICT活用ツールが使用できない場合に 使用するものです。その目的以外に使用することはできません。										
記入（更新）日		年		月		日				
氏 名						性 別		<input type="checkbox"/> 男	女 <input type="checkbox"/>	
住 所		〒				生年月日		年 月 日		
		宮城県大崎市				年 齢		才		
電話番号		(<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 家族宅 <input type="checkbox"/> その他（親戚等）)								
要介護度		<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				
担当ケアマネ		事業所名				氏 名				
ケアマネ連絡先		TEL				MCS登録		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
障がい区分		<input type="checkbox"/> 1		<input type="checkbox"/> 2		<input type="checkbox"/> 3		<input type="checkbox"/> 4		
		<input type="checkbox"/> 5		<input type="checkbox"/> 6						
相談支援事業所		事業所名				氏 名				
相談支援事業所 連絡先		TEL				MCS登録		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
世帯構成		<input type="checkbox"/> 独居		<input type="checkbox"/> 高齢者夫婦世帯		<input type="checkbox"/> 同居		<input type="checkbox"/> その他（		
家族状況										
家族等氏名		連絡先				続柄		連絡順位/備考		
身体状況										
麻痺の状況		<input type="checkbox"/> あり（ <input type="checkbox"/> 上肢（ <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左） <input type="checkbox"/> 下肢（ <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左））								
移動		<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 付添（見守り） <input type="checkbox"/> 補助具使用（ <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器） <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 寝たきり								
移乗		<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 付添（見守り） <input type="checkbox"/> 全介助								
更衣		<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 付添（見守り） <input type="checkbox"/> 全介助								
整容		<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 付添（見守り） <input type="checkbox"/> 全介助								
排泄		<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 付添（見守り） <input type="checkbox"/> 全介助				おむつ使用		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
入浴		<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 付添（見守り） <input type="checkbox"/> 全介助								
食事		<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 付添（見守り） <input type="checkbox"/> 全介助								
食事制限		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし（ありの場合は具体的に記載							）	
禁食		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし（禁止食品名：							）	
食事形態		<input type="checkbox"/> 健常者と同様の食事が可能				<input type="checkbox"/> お粥や刻んだ食事なら可能				
		<input type="checkbox"/> ペーストないしはゼリー状				<input type="checkbox"/> 医療行為での食事のみ（経管、IVH等）				
上記に伴う特記事項										
1										
2										
3										
4										
5										

コミュニケーション									
認知症	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	(備考：)						
周囲を混乱させる可能性			<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	(※ありの場合は下記に具体的に記載)				
会話	<input type="checkbox"/> 可能	<input type="checkbox"/> 可能だが理解は困難			<input type="checkbox"/> 困難 (備考：)				
聴力	<input type="checkbox"/> 可能	<input type="checkbox"/> 耳元で大きな声で可能			<input type="checkbox"/> 困難 (備考：補聴器、内耳の有無)				
医療情報									
かかりつけ					連絡先				
主治医			医師	MCS登録	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし				
既往歴									
服薬状況									
朝 (薬品名)	<input type="checkbox"/> 食前	<input type="checkbox"/> 食後	昼 (薬品名)	<input type="checkbox"/> 食前	<input type="checkbox"/> 食後	夕 (薬品名)	<input type="checkbox"/> 食前	<input type="checkbox"/> 食後	
残薬の確認									
同意事項									
大崎市災害時多職種連携連絡票について、災害発生時において担当ケアマネジャーや相談支援専門員等が必要と判断した場合には（避難所（福祉避難所含む）及び通常利用していない施設等へ緊急的に情報提供することに同意します。									
同意者氏名					続柄				