射 水 市 版

情報共有ツール活用ガイド

第４版

射水市在宅医療・介護連携推進協議会

情報共有ワーキング部会

令和７年４月　改訂

＜射水市版情報共有ツール活用ガイドについて＞

医療や介護が必要となっても、安心して在宅生活を送るためには、多職種が情報共有を図りながら連携し、高齢者や家族を支援することが必要です。

射水市在宅医療・介護連携推進協議会「情報共有ワーキング部会」では、射水市で使用されている情報共有ツールをより活用し、連携を強化することができるよう「射水市版情報共有ツール活用ガイド第４版」を作成しました。第４版では、入院時情報提供書を国の標準様式に沿って修正しました。

様々な情報共有ツールを活用することで、連絡調整や相談を積極的に行い、多職種の顔の見える関係づくりを進めていきましょう。

※本ガイドに掲載の情報共有ツールの使用にあたりましては、「個人情報の保護に関する法律」「医療・介護関係者における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン」を遵守し、個人情報の取り扱いには十分ご留意ください。

射水市在宅医療・介護連携推進協議会
情報共有ワーキング部会

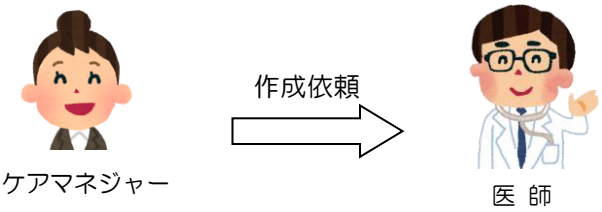
＜部会員メンバー＞
医師会、歯科医師会、薬剤師会、訪問看護ステーション
病院地域連携室、ケアマネジャー、地域包括支援センター
市地域福祉課

＜目　次＞　下記の７種類の情報共有ツールについて、活用方法を紹介しています。

１　診療情報提供書（射水市介護保険サービス用）　・・・・・・・・　１
２　認知症情報共有ツール（射水市版）　・・・・・・・・・・・・・・　４
３　在宅ケア連携ノート（射水市版）　・・・・・・・・・・・・・・・　８
４　訪問歯科診療申込書（射水市版）　・・・・・・・・・・・・・・・　11
５　入院時情報提供書（射水市版）　・・・・・・・・・・・・・・・・　14
６　多職種連絡票（射水市版）　・・・・・・・・・・・・・・・・・・　18
７　射水市多職種連携支援システム　・・・・・・・・・・・・・・・・　24

診療情報提供書（射水市介護保険サービス用）

射水市の介護保険サービスを利用する際に必要な利用者の医療情報の提供を主治医に依頼する様式です。（射水市医師会、射水市内介護サービス事業所及び射水市居宅介護支援事業者連絡協議会、情報共有ワーキング部会において、統一した様式を使用できるよう会議を重ね、平成２４年から使用している様式です。令和３年９月に内容を見直し、様式を更新しました。）



① ケアマネジャーから利用者や家族に対し、介護保険サービスを利用する際に必要な情報であり、作成には自己負担（保険適用）が発生することを説明します。

② 利用者が医療機関を受診する際に、「依頼文書（Ａ５版）」「診療情報提供書」を持参します。

「依頼文書（Ａ５版）」が必要です。ケアマネジャーが記入し、利用者へ渡します。

依頼文書には必要な検査項目を記入する欄があります。介護保険サービスの利用に必要な検査項目を確認し、必ず記入してください。（新たに検査を実施する場合は自己負担が必要となりますので、必ず確認しましょう。）

③ 医療機関にて必要な検査を実施し、主治医が「診療情報提供書」を作成します。

・様式は、射水市ホームページ 情報共有ツール 検索 でダウンロードできます。

https://www.city.imizu.toyama.jp/guide/svguidedtl.aspx?servno=21223

医 師

介護保険サービスを利用する際に知っておいてほしい医療情報の要点をまとめて記入します。記入にあたり、診察や必要な検査を行います。

ケアマネジャー

介護保険サービス事業所

主治医からの指示をいただくことで、本人の状態に配慮したサービスを提供することができます。

依頼文書（Ａ５版）：記入例

「診療情報提供書」の作成を医師に依頼する文書です。ケアマネジャーが作成します。
検査の実施については、介護保険サービスの利用に必要な検査項目を確認し、記入してください。

（令和３年９月作成様式）

診療情報提供書の依頼

ふりがな　**いみず　たろう**

利用者（ **射水　太郎** ）様について、介護保険サービス（ **開始**・**継続**・**再開**・**施設入所** ）の目的で、診療情報提供書の作成をご依頼申し上げます。

○ ○ ○ ○　病院・医院・クリニック

○ ○ ○ ○　先生

利用者情報
要介護認定　要支援１・２
要介護１・②・３・４・５　申請中
認定有効期間
（ ○年　○月　○日～ ○年　○月　○日）

《 検査の実施について 》　※該当番号に○印

・胸部Ｘ線　① 必要　②1 年以内の検査結果があれば検査不要（無ければ必要）③ 不要

・感染症検査（HBs抗原、HCV）① 必要　② 過去の検査結果があれば検査不要（無ければ必要）③ 不要

・感染症検査（ **MRSA** ）※MRSA・TPHA 等必要な検査名を記入　①必要　② 不要

〈 作成期限 〉　○○ 年　○ 月　○○ 日頃まで

〈 連 絡 欄 〉

情報提供先（事業所名）
○○デイサービスセンター
サービス名
デイサービス

○○ 年 ○ 月 ○ 日

【依頼者】事業所名　○○○居宅介護支援事業所

担当者名　○ ○ ○ ○

連絡先 TEL○○ - ○○○○　FAX○○ - ○○○○

診療情報提供書（射水市介護保険サービス用）：記入例

診療情報提供書 〈射水市介護保険サービス用〉

（令和３年９月作成様式）

※宛先(事業所名)

○○デイサービスセンター

作成日　○年　○月　○日

医療機関名・所在地

○○病院　射水市○○○○1－2－3

医師氏名 ○○　○○

※所定の内容の記載により「診療情報提供料(Ⅰ)」が算定できます。

ふりがな 氏　名	**射水（いみず）　太郎（たろう）**	(男)・女	明治・大正・(昭和) ○年　○月　○日生(　**80**歳)
住　所	**射水市○○○○**	電話番号	(　○○○○　)　○○－○○○○

要介護認定	要支援 □1 □2 、要介護 □1 ☑2 □3 □4 □5 、□申請中 、□未申請
障害高齢者の日常生活自立度 (寝たきり度)	□自立 □J1 □J2 ☑A1 □A2 □B1 □B2 □C1 □C2 □不明
認知症高齢者の日常生活自立度	□自立 ☑Ⅰ □Ⅱa □Ⅱb □Ⅲa □Ⅲb □Ⅳ □M □不明

診断名	**高血圧**	発症年月日	**平成10**年　**5**月頃
	めまい症・不眠症	発症年月日	**平成25**年　**10**月頃
		発症年月日	年　月頃
既往症	**特記事項なし**	発症年月日	年　月頃
		発症年月日	年　月頃

治療経過及び治療内容 (特に注意が必要な薬剤情報)	**・上記疾患にて内服加療を行い、状態は安定している。** **・水分をあまり摂取しない傾向があるため、水分補給を促す事が必要である。** **・現在の内服** **○○○1錠、△△△1錠、○○○顆粒3ｇ1包、○○○1錠/眠前**

身体状況	麻　痺	☑無　□有 →	胸部Ｘ線所見 撮影日　○年　○月　○日 ☑異常なし　□異常あり □検査不能
	皮膚疾患	☑無　□有 →	
	褥　瘡	☑無　□有 →	
	食物・薬ｱﾚﾙｷﾞｰ	☑無　□有 →	
	栄養状態	☑良　□不良 →ｱﾙﾌﾞﾐﾝ　　g/dl (参考:6か月以内値)	
	感染症	HBs抗原(＋・－)　HCV(＋・－)　~~検査日　年　月　日~~ 検査名(　**MRSA**　)結果: **陰性**	
精神症状	認知症	中核症状：☑無　□有 → □重度　□中度	
		行動・心理症状：☑無　□有 → □幻視・幻聴　□妄想　□暴言　□暴行 □徘徊　□不潔行為　□介護への抵抗 □その他(　)	
	精神・神経症状	☑無　□有 →	

【ケアマネジャー】
不要な項目は、あらかじめ斜線を引いて医療機関へ提出。

介護サービス提供における留意事項	
入浴上の注意	□無　☑有 →**見守り、血圧の変動に注意** (入浴可能範囲の血圧値　○○ ～ ○○　mmHg)
食事上の注意 (治療食・制限食など)	□無　☑有 →**塩分の摂り過ぎに注意**
送迎・移動上の注意	□無　☑有 →**転倒に注意、見守り介助お願いします。**
その他、特記事項など	□無　☑有 →**定期的な外来受診の声かけをお願いします。**

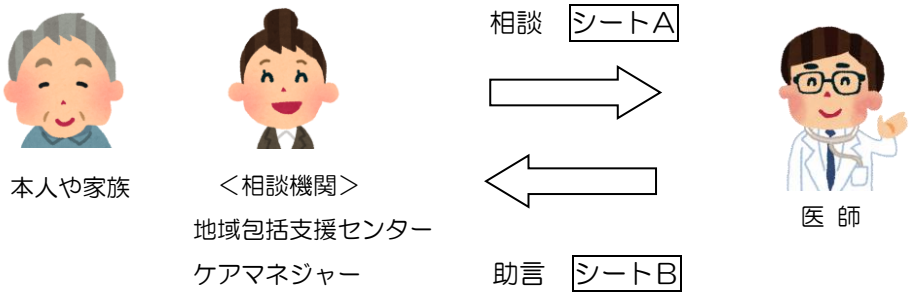
※目的
デイサービス利用のため。

【依頼者】事業所名(　**○○○居宅介護支援事業所**　)
担当者名(　○　○　○　○　)
書類作成依頼の際は、別紙「診療情報提供書の依頼」(A5 版)を必ず添付。

認知症情報共有ツール（射水市版）

シートA…認知症の人が医療機関を受診する際に、普段の生活状況や困りごとを伝える様式です。

シートB…医師から相談機関（認知症の人を支援する地域包括支援センターやケアマネジャー等）へ在宅生活における助言を行う様式です。



シートA

① 地域包括支援センターやケアマネジャーが本人や家族から認知症に関する相談を受けた際に、生活状況などを確認しながら シートA を記入します。（問診票のように本人や家族に シートA を記入してもらうこともできます。）

② 本人や家族の同意を得て、地域包括支援センターやケアマネジャーから事前に医療機関へ電話連絡を行い、受診についての相談をします。（必要に応じて、受診前に シートA を郵送または持参し、本人の状況を伝えるなど医師と連携を図ります。）

③ 本人や家族が医療機関を受診する際に シートA を持参し、普段の生活状況や困りごとを相談します。

シートB

① シートA を受け取った医師は、受診結果や支援する上での助言等を シートB に記入し、相談機関へ情報提供します。シートA の提出がない場合でも、連絡等が必要な場合は シートB を記入し、担当のケアマネジャー等へ提出することができます。

② シートB は郵送またはＦＡＸで相談機関へ送付します。ただしＦＡＸで送付する場合は、診療情報提供料は算定できません。

シートB を使用して情報提供を行った場合、「診療情報提供料Ⅰ」を算定できます。その場合、医師の印が必要です。　※算定の要件等は各自でもご確認ください。

・様式は、射水市ホームページ 情報共有ツール | 検索 でダウンロードできます。

https://www.city.imizu.toyama.jp/guide/svguidedtl.aspx?servno=21223

本人や家族から認知症に関する相談があった場合、一緒に シートA を記入します。生活状況等を確認しながら本人や家族が抱える課題を整理することができます。

＜相談機関＞
地域包括支援センター
ケアマネジャー

医師から シートB をいただくことで、治療の状況や本人や家族への指導内容が把握でき、適切な在宅支援に結びつけることができます。

シートA は本人の受診等へつなぐだけでなく、経過報告として状況を記入し、医療機関へ提出することもあります。医師とこまめに連絡をとることで本人や家族の状況や課題などを共有しながら支援を行うことができます。

医 師

シートA を活用することにより、本人や家族が伝えたいこと、相談したいことが一目で分かり、スムーズな診療につながります。医学的な判断のもとに本人や家族へアドバイスを行い、シートB を相談機関へ提出することで内容を共有します。

市内５か所の地域包括支援センターに

『認知症地域支援推進員（認知症ささえ隊）』が配置されています！

＜認知症ささえ隊の活動＞

① 認知症に関する普及啓発活動

② 認知症の人やその家族の相談支援

③ 認知症の人やその家族が、必要な医療や介護等のサービスが受けられるよう関係機関等とのつなぎや連絡調整の支援

認知症に関する相談支援を行っていますので、心配なことがあれば地域包括支援センターに相談するようおすすめください。

認知症情報共有ツール（射水市版）　シートA　：記入例

シートA を医療機関へ提出する際、シートB での連絡を希望する場合は一緒に様式を提出します。

情報提供書（相談機関等から医療機関への連絡シート）

○年 ○月 ○日

目的：☑受診希望（認知機能障害の評価等）　□状況（経過）報告　□その他（　　）

医療機関からの連絡：☑希望します（別紙「シートB・射水市版」）　□特に希望はありません

□その他（　　）

医療機関名　○ ○ ○ ○	相談機関等名　**○○地域包括支援センター**
住　所　**射水**　(市)町 村	住　所　**射水市 ○○**
電話(FAX)　(○○) ○○　－ ○○○○	電話(FAX)　**○○－○○(FAX ○○－○○)**
医師名　○ ○ ○ ○　様	担当者名　**○○ ○○(認知症地域支援推進員)**

◆基本情報

ふりがな	**たいこう　さくらこ**	性別	生年月日
氏名	**太閤 桜子**	男 (女)	M・T (S) ○年 ○月 ○日（ **80** 歳）
住所	**射水** (市)町 村 ○ ○ ○	家族構成	(単身)　同居家族（　　） 主な介護者 氏名（ **薬勝寺 池** ） 住所（ **射水市○○** ） 日中の連絡先（自宅 (職場)・携帯　　） 夜間の連絡先（(自宅)・職場・携帯　　）

連絡のとれる主介護者を記入します

要介護度	総合事業対象者　要支援 １・２　要介護 １・２・３・４・５　(申請中)　申請なし
介護保険サービスの利用	(無)　有（内容　　）
他医療機関の受診の有無	(無)　有（　　科 ・ 疾患名　　）

◆現在の状況等　※記載者 ☑家族（続柄　**長女**　）　□相談機関（　　）

あてはまるものに○をつけてください。特に困っていることには◎をつけてください。

(○) 最近あったできごとを忘れるようになった	(　) 食事をしたことを忘れて何度も食べようとする
(◎) 同じことを何度も言ったり、聞いたりする回数が増えた	(　) 意欲がなくなった。以前楽しんでいたことが楽しくなくなった
(　) 同じものを何度も買ったり、いつも大きいお金を支払うようになった	(　) ふさぎこんだり、涙もろくなった
(　) 正しい年齢がわからない（3歳以上食い違う）	(　) 日中ぼーっとしていることがある
(　) 今会った人のことをすぐ忘れるようになった	(○) はっきりしている時とはっきりしない時がある
(　) よく知っている人の顔と名前を忘れるようになった	(○) 身体が硬い、動作が遅い、歩きが小股等の症状がある
(○) 話のつじつまが合わなくなった	(　) ないものが見えたり聞こえたりする
(○) 時間や場所の感覚が不確かになった	(　) 夜中にうなされたり、おやっと思う行動をしたりする
(　) 慣れている場所で道に迷うようになった	(　) ものやお金を盗られたと言う
(　) 外出をして戻れないことがある。	(　) 火の不始末がある（タバコの不始末や鍋の焦がし等）
(　) 洋服を選んで着れない、適切に着れない	(　) 落ち着きがなくそわそわしている、座っていられない
(　) 一人での入浴が難しくなった	(　) 大声を出したり、乱暴になったり、怒りっぽくなった
(　) トイレで失敗したり、漏らしたりするようになった	(　) 徘徊する

「今までと違う」と思ったのはいつ頃からですか。　R　元　年　8 月頃から
（症状がひどくなってきた時期ではなく、少しでも「今までと違う」と感じた時期を記載ください。）

その頃の主な症状（　長女が訪問した日がいつだったか不確かになった。　）

その他、気になっていることや困っていることなどを記載してください。

気づいたことや気になっていることなどを具体的に記入します

- **ゴミを捨てる日が分からないなど曜日の感覚が弱い。**
- **話をした内容を忘れるようになった。**
- **市役所から届く案内などの書類の処理ができなくなった。**

◆家族のみが受診する場合　受診者：　　（続柄　　）

（本人の意向や相談したい内容）

◆その他 特記事項

- **不安になった時に、本人から電話をかけてくる事が多くなった。**

認知症情報共有ツール（射水市版）　シートB　：記入例

【相談機関】
あらかじめ本人の情報を記入し
シートAと一緒に、医療機関へ
提出します

情報提供書（医療機関から相談機関等への連絡シート）

○年 ○月 ○日

○○地域包括支援センター 御中

本人氏名	**太閤 桜子**
生年月日	M・T・S ○年 ○月 ○日（**80** 歳）
電話番号	（　　）　－
住　所	**射水** 市・町・村　○ ○

医療機関名	○ ○ ○ ○
住　所	**射水市**○○○
電話（FAX）	○○－○○○
医 師 名	○ ○ ○ ○　㊞

1．目的　☑受診結果報告　□連絡・依頼　□その他（　　）

2．受診日　○年 ○月 ○日

3．受診結果

☑認知症の可能性がある
□現時点では判断不可（要精査）
□現時点では特に問題はなし
□その他（　　）

【検査】
☑実施
　☑長谷川式テスト　**21** 点
　☑その他（ **頭部CTスキャン** ）
□未実施

【今後の予定】
☑当院でのフォロー
□他医療機関へ紹介（医療機関名：
□認知症専門医療機関への紹介（医療機関名：
□その他（　　）

鑑別診断の結果や治療等についての説明内容、
説明を受けた方の反応等を記入します

4．受診時のご本人、ご家族への説明・指導内容など

【当院から説明・指導をした人】
☑本人
☑家族（続柄：　**長女**　）
□ケアマネジャー
□その他（　　）

☑今後の予定　（ **定期的通院による内服治療の継続** ）
☑薬の処方内容　（具体的に：**ケタス10mg　3cap/分3、プロレナール5mg 3錠/分3**）
☑生活上の注意点等（具体的に）
・規則正しい生活をする。
・予定やその他必要なことはメモをするように心がける。

5．サービス導入などの検討事項

☑在宅での生活が可能
　☑介護サービスの利用を検討する
　□その他（
□施設入所を検討する
□入院を検討する・・・・・□精神科　□その他

介護保険サービスの導入やその他必要と思われる
サービス（見守り等）についての意見を記入します

【介護などでの留意点や意見など】
・MCIの状態と思われ、内服治療と介護サービスの利用において症状の経過観察をしていく。
・腰部脊柱管狭窄症の合併あり、併せて内服治療を進める必要あり。

6．相談機関への連絡事項、特記事項など

次回受診（相談）予定日〔　○年 ○月 ○日〕または予定時期〔　　か月後頃〕

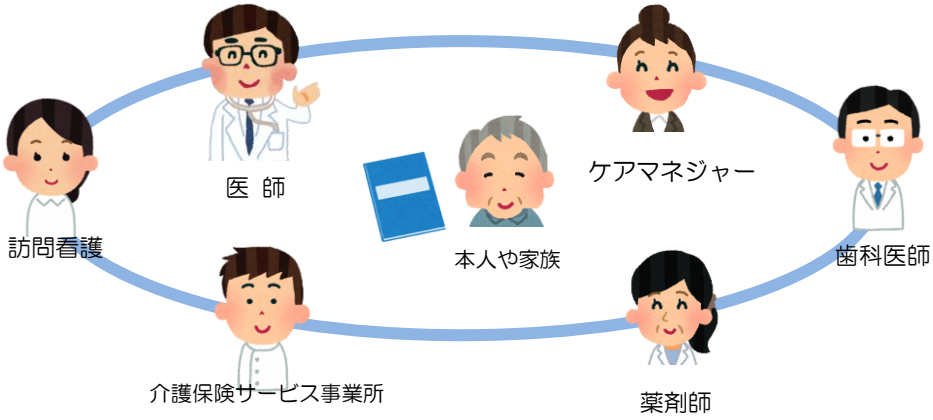
・次回も長女と一緒に来院していただき、血液検査をする予定。
・介護保険サービスの利用について相談しています。

相談機関への助言や連絡
事項等を記入します

【相談機関から当院へ問合せをされる時は、次のようにしてください】
□電話（都合のいい時間帯：　　）　☑FAX（番号：　○○－ ○○○　　）
□メール（アドレス：　　）　□その他（　　）

在宅ケア連携ノート（射水市版）

在宅療養を行う本人や家族、医療機関及び介護保険サービス事業所等が、本人の体調、受診結果及びサービス利用時の状況等を記入するノートです。本人の身体状況や支援内容等を共有することで、多職種が連携して本人や家族への支援を行うことができます。



【在宅ケア連携ノートの内容】

フェースシート、専門職のリスト、生活上の注意点、緊急連絡先、お薬のリスト、毎日の記録

・担当ケアマネジャーや地域包括支援センターから要介護や要支援認定を受けている方へ「在宅ケア連携ノート」を配付します。（主に複数のサービスを利用し、在宅療養生活に関わる医療・介護スタッフの情報共有が必要な場合に在宅ケア連携ノートを配付していますが、ご希望の方にも配付しています。）

医 師

訪問診療の際に記録をします。また来院できる方には在宅ケア連携ノートを持参してもらい、在宅生活の様子を確認し、記録をします。（診療内容の要点を記入しています。）

関わっている多職種が記録を残すので、在宅ケア連携ノートを見れば支援経過が分かり、情報共有につながります。特に必要な部分はラインを引いたり、付箋を貼ったりして工夫をすると分かりやすいです。

ケアマネジャー

本人や家族が日頃の様子（食事、排せつ、血圧など）を書きとめ、気になっていることを質問することができ、コミュニケーションツールとしても活用しています。

訪問看護

介護保険サービス事業所

訪問看護や介護保険サービスを提供する際、受診時の主治医からの指示等を必ず確認します。本人の状態把握につながり、気になることがあれば主治医に確認しています。

歯科医師

訪問歯科診療の際、主治医との連携を図る上で、受診状況や服薬状況を確認しています。また歯科診療の記録を在宅ケア連携ノートに記録します。来院される方もノートを持参していただけば、診療の記録をします。

薬剤師

処方されている薬がうまく飲めない、管理できないなどがあれば、在宅ケア連携ノートを持参の上、ご相談ください。生活面に配慮してアドバイスをします。また在宅へ訪問し、服薬状況等について相談することもできます。

本人や家族

緊急で病院を受診した際に在宅ケア連携ノートを持参しました。身体状況や受診状況を的確に伝えることができ、助かりました。

ケアマネジャー

在宅での活用だけでなく、病院受診や歯科受診、服薬で困ることがあれば薬局へも持参するなど、関わる多職種が在宅ケア連携ノートを活用していけるよう利用者やご家族に在宅ケア連携ノートの使い方を説明しています。

みんなでささえる在宅医療

訪問歯科診療

在宅等で療養を行っており、病気やケガにより通院による歯科診療が困難な方を対象に訪問歯科診療を行っています（P11～13 参照）。

訪問薬剤管理指導・居宅療養管理指導

保険薬局では、在宅医療を受けていて薬局に行くのが困難な方に対して、薬剤師が自宅を訪問して、薬に関する説明や相談、服薬管理などを行うことができます。かかりつけの薬剤師へご相談ください。

在宅ケア連携ノート（射水市版）：記入例

ノート記入例　ヘルパーと医師の訪問を受けている吉田さんの例を示しましたが、皆様ご自身のノートとして自由にお書き下さい。

月／日	記入者／所属	今日のできごと・楽しんだこと 心配なこと・身体の調子など	本人・家族・専門職などのコミュニケーション 身体の調子				質問・伝言など
				朝	昼	お	夕	
4／6（金）	吉田太郎	やっと暖かくなってきた。午後からホームヘルパー	服薬	○	○		○	三郎さんへ
		の佐藤さんが来て、買い物と、好物の煮物を作っ	食事	ごはん 卵焼き みそ汁	ごはん みそ汁 肉じゃが		ごはん 煮物 焼魚	入れ歯がゆる
		てくれた。この頃は食欲があって何でも美味しい						くなっている
		が、入れ歯が合わなくなったような気がする。	排尿　4　/日	排便　1　/日	入浴			様です。かか
		明日は孫の三郎が来るので、楽しみだ。	血圧　/	体温	脈拍			りつけの歯科
	佐藤 ヘルパー	13時～14時訪問、やや硬い便がありました。	＊近所を散歩					医はあります
								か。　佐藤
／	吉田三郎			朝	昼	お	夕	ヘルパー佐藤
			服薬					
			食事					さんへ
								歯科の橋本先
			排尿　/日	排便　/日	入浴			生に往診をお
			血圧　/	体温	脈拍			願いしました。
								孫(三郎)
4／7（土）	鈴木医師	9：30 往診　仙骨部、左足踵部に褥瘡あり。圧		朝	昼	お	夕	次の往診は
			服薬	○	○		○	
		迫・ズレが原因と考えられるため今後、体位変	食事	カステラ 牛乳 いちご	ごはん 煮魚 青菜	ヨーグルト	ごはん シチュー 肉豆腐	4/16(月)です。
		換、車イス移乗時要注意。						体位交換時は
			排尿　4　/日	排便　1　/日	入浴			横向きにする
	佐藤 ヘルパー	9時～10時訪問	血圧 150／105	体温　36.5	脈拍　60			よう鈴木先生
	吉田太郎	孫と桜川へ車椅子で散歩に行った。桜の花が満開でした。気分						に言われました。
		転換できるので、お天気の良い時には時々外出したいものです。						ヘルパー(佐藤)

生活上の注意点（あなたが生活を送る上で気をつけるように説明されていること など）

・入浴はぬるめのお湯で入るようにする
・4／7　かかとの水疱は圧迫、ズレがないように注意を。（鈴木医院・鈴木より）

訪問看護

介護保険サービス事業所

質問・伝言欄を活用し、ご家族や多職種へ伝えたいことを記入し、やりとりができます。

医師

ご家族が記入される生活の様子から、日頃の身体状況を知ることができ、体調の変化の把握につながっています。

訪問歯科診療申込書（射水市版）

在宅療養者やその家族から歯科・口腔内の相談があった場合は、フローチャート（P12 参照）に沿って、相談機関から受診できる歯科医院の予約の支援をします。訪問歯科診療を受ける場合は、訪問歯科診療申込書を歯科医院に提出します。

射水市在宅医療介護連携支援相談窓口（射水市地域福祉課内）ＴＥＬ 51-6625

＜相談機関＞
ケアマネジャー
地域包括支援センター
市地域福祉課等

本人や家族

相談・予約

歯科医師

・様式は、射水市ホームページ 情報共有ツール 検索 でダウンロードできます。

https://www.city.imizu.toyama.jp/guide/svguidedtl.aspx?servno=21223

歯科医師

訪問歯科診療申込書を活用することにより、本人が困っていること、全身状態や介護の状況が一目でわかり、スムーズな診療につながります。

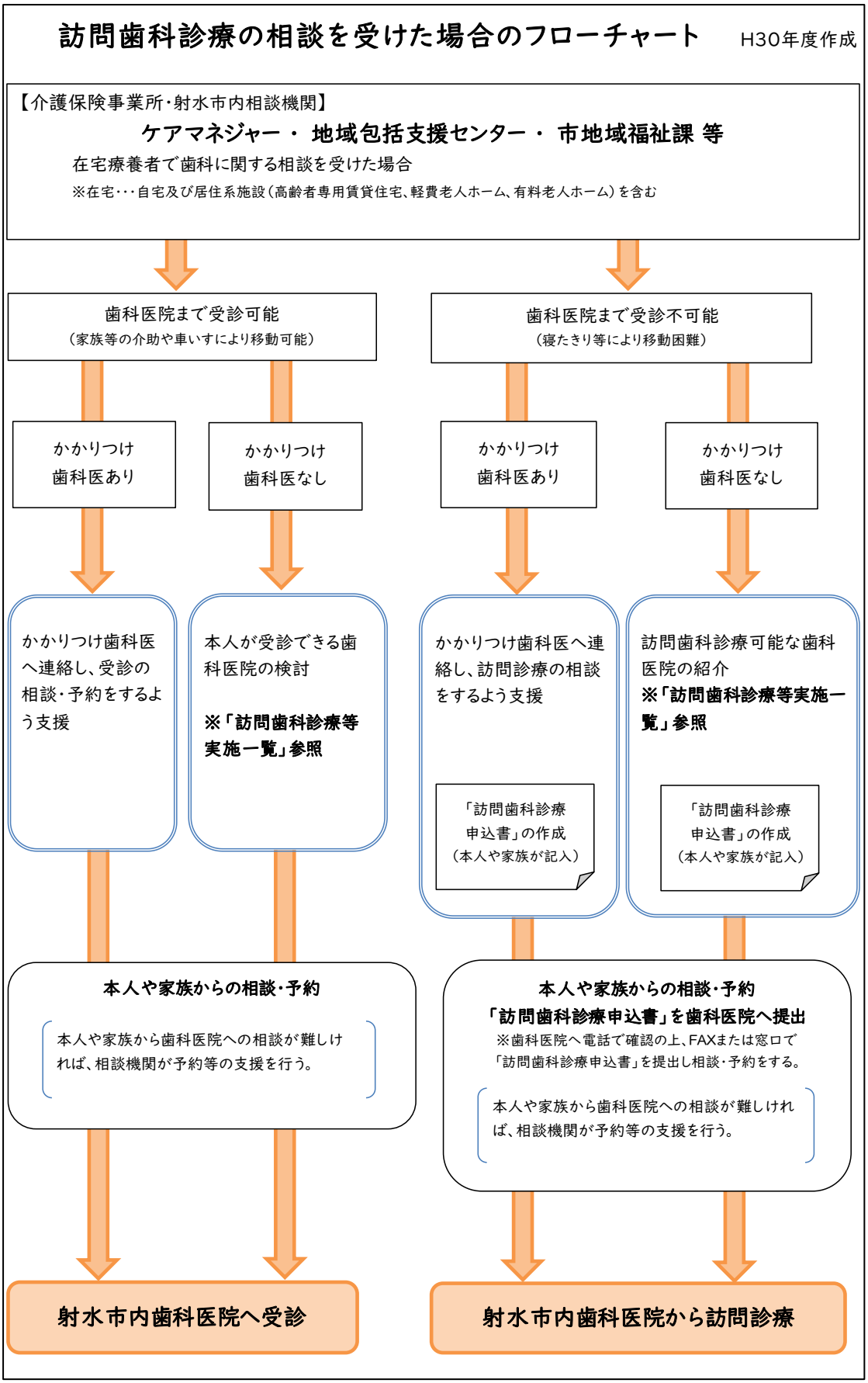
ケアマネジャー

口腔の問題は、食べることとつながっており、本人が健康に在宅で過ごすうえでとても大切なことです。フローチャートに沿ってスムーズに受診の支援ができ、適切な支援につながります。

本人や家族

在宅療養となっても、歯や入れ歯の相談で歯科医師に相談して診てもらえることは大変助かります。

訪問歯科診療の相談を受けた場合のフローチャート



※訪問歯科診療等一覧は、ケアマネジャー、地域包括支援センター、射水市地域福祉課で保管しています。

訪問歯科診療申込書（射水市版）：記入例

射 水 市 訪 問 歯 科 診 療 申 込 書

※この申込書を記入の上、訪問歯科診療の実施について歯科医院へご相談ください。

申込日　O 年　O 月　O 日

＜基本情報＞

ふりがな 本人氏名	いみず　はなこ **射水　花子**　（男・(女)）	生年月日	T・(S)・H　O年　O月　O日（　O歳）	
住所	射水市　OOOO		（TEL）　OO−OOOO	
申込者	氏名	**射水　一郎**	本人との続柄	**長男**
	住所	同上　（異なる場合）⇒		
主治医	病院名	**OO医院**	医師名	**OOOO**
	病院名	**OO医院**	医師名	**OOOO**
居宅介護支援事業所名		**OO居宅介護支援事業所**	（TEL）	**OO-OOOO**
担当ケアマネジャー		**OOOO**		

＜本人の状況＞

主訴 （本人が困っている事項）	・痛みがある（ 歯 ・ 歯ぐき ）　・歯ぐきが腫れている　・むし歯がある ・入れ歯が合わない　・入れ歯が壊れた ・その他（　　）
通院困難な理由	寝たきり・車いす・その他（　　）
全身状況（病名等）	脳血管疾患・神経疾患　・心疾患　・肝疾患・腎疾患　・糖尿病・骨粗しょう症 ・その他（　　）
感染症の有無	無・(有)　（感染症名：**B型肝炎**　）
服薬の有無	無・(有)　（薬品名：**OOOO,OOOO**　）
薬物アレルギー	無・(有)　（薬品名：**□□□□**　）
介護認定	無・(有)　（介護度：**要介護4**　）
認知症状	無・(有)
座位の保持	可・(介助にて可)・不可
義歯装着	(できる)・できない
うがい	(できる)・できない
その他	

＜介護保険サービス利用状況＞　※デイサービスやヘルパー利用などの週間予定を記入してください。

	月	火	水	木	金	土	日
午前	**ﾃﾞｲｻｰﾋﾞｽ**	**訪問看護**	**ﾃﾞｲｻｰﾋﾞｽ**	**訪問看護**	**ﾃﾞｲｻｰﾋﾞｽ**	**訪問看護**	
午後	**ﾃﾞｲｻｰﾋﾞｽ**		**ﾃﾞｲｻｰﾋﾞｽ**		**ﾃﾞｲｻｰﾋﾞｽ**		

射水市・射水市歯科医師会

入院時情報提供書（射水市版）

入院早期より退院に向けて支援を行うことを目的に、ケアマネジャーから入院先の医療機関へ利用者の生活状況等についての情報を提供する様式です。

・ケアマネジャーは利用者が入院した場合、入院先の医療機関へ「入院時情報提供書」を持参またはＦＡＸ等で送付し、利用者情報を共有します。

・入院してから３日以内又は７日以内に情報提供した場合、「入院時情報連携加算」が算定できます。

「入院時情報連携加算」…利用者が医療機関に入院するにあたって、利用者の心身の状況（例えば、疾患・病歴、認知症の有無や徘徊等の有無など）、生活環境（例えば、家族構成、生活歴、介護者の介護方法や家族介護者の状況など）及びサービスの利用状況等の情報を提供した場合、利用者１人につき１月に１回を限度として所定単位数を加算

※ 加算の算定要件は各自でもご確認ください。

・様式は、射水市ホームページ 情報共有ツール 検索 でダウンロードできます。

https://www.city.imizu.toyama.jp/guide/svguidedtl.aspx?servno=21223

入院先の医療機関

提出された入院時情報提供書は、病院の個人カルテと一緒に保管し、主治医、看護師、リハビリスタッフ等で情報共有しています。本人の生活状況を知ることで、退院に向けた支援を早期から行うことができます。

入院期間が短い場合でも、この様式の送付により、退院時の看護サマリーを作成しやすくなります。

ケアマネジャー

入院の際には、利用者やご家族からケアマネジャーに連絡をしてもらうよう伝えています。入院した医療機関と連携を図り、支援を行います。

入院時情報提供書（射水市版）：記入例

医療機関への情報提供を迅速かつ適切に行うことを目的としていますので、必ずしも全ての項目を埋める必要はありません。

記入日時点で把握している事項についてチェック・記入してください。

入院時情報提供書＜射水市版＞

記入日：● 年 ● 月 ● 日
入院日：● 年 ● 月 ● 日
情報提供日：● 年 ● 月 ● 日

医療機関名：●●●●
ご担当者名：●● ●●

事業所名 ：●●●●
ケアマネジャー氏名 ：●● ●●
TEL：●●-●●●● FAX：●●-●●●●

利用者(患者)／家族の同意に基づき、● 年 ● 月 ● 日 時点の在宅生活における利用者情報（身体・生活機能など）を送付します。是非ご活用下さい。

1．利用者(患者)基本情報について

氏名	(フリガナ) イミズ ハナコ 射水 花子 (性別) 女	生年月日	西暦 XXXX 年 ● 月 ● 日生 ● 歳
住所	射水市 ●●●●●●	自宅電話番号	●●-●●●●
入院時の要介護度	☐要支援（ ）☑要介護（ 2 ） 有効期間：● 年 ● 月 ● 日 ～ ● 年 ● 月 ● 日 ☐申請中（申請日 月 日） ☐区分変更（申請日 月 日） ☐未申請		
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 ☐Ⅱb ☐Ⅲa ☐Ⅲb ☐Ⅳ ☐M
介護保険の自己負担割合	☑ 1 割 ☐不明 被保険者番号 ●●●●●●●●	障害手帳の有無	☑なし ☐あり（☐身体 ☐精神 ☐知的 ）
年金などの種類	☑国民年金 ☐厚生年金 ☐障害年金 ☐生活保護 ☐その他（ ）		

2．家族構成／連絡先について

世帯構成	☐独居 ☐高齢者世帯 ☐子と同居 ☑日中独居 ☐その他（ ）		
主介護者氏名	射水 一郎 （続柄 長男 ・ ●● 才）☑同居 ☐別居	住	●●●-●●●●
意思決定支援者（代諾者）	（続柄 ・ 才）☐同居 ☐別居	住	

※記入日時点で把握している事項についてチェック・記入してください。（必ずしも全ての項目を埋める必要はありません。）

3．意思疎通について

視力	☑問題なし ☐やや難あり ☐困難	意思疎通	☐会話に支障がない ☑複雑な会話はできないが、普通に会話はできる ☐普通に会話はできないが、具体的な欲求を伝えることはできる ☐会話が成り立たないが、発語はある ☐発語がなく、無言である
聴力	☐問題なし ☑やや難あり ☐困難		
眼鏡	☑なし ☐あり		
補聴器	☑なし ☐あり		

4．口腔・栄養について

摂食方法	☑経口 ☐経管栄養 ☐静脈栄養	食物アレルギー	☐なし ☑あり（ ）
摂食嚥下機能障害	☑なし ☐あり	水分（とろみ）	☑なし ☐あり（☐薄い ☐中間 ☐濃い ）
食形態（主食）	☑米飯 ☐軟飯 ☐全粥 ☐その他（ ）	食形態（副食）	☐普通 ☑軟菜 ☐その他（ ）
義歯使用	☐なし ☑あり（☑部分 ☐総 ）	左右両方の奥歯でしっかりかみしめられる	☑できる ☐できない
歯の汚れ	☑なし ☐あり	歯肉の腫れ、出血	☑なし ☐あり（ ）
特記事項			

5．お薬について ※必要に応じて、「お薬手帳（コピー）」を添付

内服薬	☐なし ☑あり	居宅療養管理指導	☐なし ☐あり（職種： ）
薬剤管理	☐自己管理 ☑他者による管理（管理者： 射水 一郎 管理方法： ピルケースでの管理 ）		
服薬介助	☐自立 ☑一部介助（介助内容： 服薬時の声かけ、準備 ） ☐全介助		
服薬状況	☑処方通り服用 ☐時々飲み忘れ ☐飲み忘れが多い、処方が守られていない ☐服薬拒否		
薬剤アレルギー	☑なし ☐あり（ ）	特記事項	☑なし ☐あり（ ）

6．かかりつけ医について

かかりつけ医療機関１	●●●●●●●●	かかりつけ医療機関２	
医師名	●●●●	医師名	
かかりつけ医療機関３		かかりつけ歯科医療機関	
医師名		歯科医師名	
かかりつけ薬局	●●●●●●●●	訪問看護ステーション	●●●●●●●●

7．人生の最終段階における医療・ケアに関する情報
※本人の意思は変わりうるものであり、本記載が最新の意向を反映しているとは限らないため、常に最新の意向の確認が必要であることについて十分に留意すること

意向の話し合い	☐本人・家族等との話し合いを実施している（最終実施日： 年 月 ） ☐話し合いを実施していない（☐本人からの話し合いの希望がない ☐それ以外 ）		

※本人・家族等との話し合いを実施している場合のみ記載

本人・家族の意向	☐下記をご参照ください ☐別紙参照（書類名： ）		
話し合いへの参加者	☐本人 ☐家族（氏名： 続柄： ）（氏名： 続柄： ） ☐医療・ケアチーム ☐その他（ ）		
医療・ケアに関して本人または本人・家族等と医療・ケアチームで話し合った内容※			
その他	上記の他、人生の最終段階における医療・ケアに関する情報で医療機関と共有したい内容		

※入院時情報提供書（射水市版）は２ページあります。

８．入院前の身体・生活機能の状況／療養生活上の課題について

麻痺の状況	☐右上肢	☐左上肢	☐右下肢	☐左下肢	褥瘡等の有無	☑なし ☐あり（部位・深度・大きさ等 ）			
褥瘡等への対応	☐エアーマット ☐クッション ☐体位変換（ 時間毎） ☐その他（ ） ☐なし								
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
移動（屋外）	☑杖	☐歩行器	☑車椅子	☐その他	移動（屋内）	☐杖	☑歩行器	☐車椅子	☐その他
食事	☑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

入院前のADL/IADL	同封の書類をご確認ください。 ☐アセスメントシート（フェイスシート） ☐その他（ ）
ADL・IADLに関する直近2週間以内の変化	☑なし ☐あり
認知機能の状況	みまもりの必要性：日常生活で安全に過ごすためにどの程度ほかの人によるみまもりが必要か ☐見守ってもらうことなく過ごすことができる ☑1日1回様子を確認してもらえれば一人で過ごすことができる ☐半日程度であれば見守ってもらうことなく一人で過ごすことができる ☐30分程度ならみまもってもらうことなく一人で過ごすことができる ☐常にみまもりが必要である 見当識：現在の日付や場所等についてどの程度認識できるか ☐年月日はわかる ☑年月日はわからないが、現在いる場所の種類はわかる ☐場所の名称や種類はわからないが、その場にいる人が誰だかわかる ☐その場にいる人が誰だかわからないが、自分の名前はわかる ☐自分の名前がわからない 近時記憶：身近なものを置いた場所を覚えているか ☐常に覚えている ☐たまに（週1回程度）忘れることがあるが、考えることで思い出せる ☑思い出せないこともあるが、きっかけがあれば自分で思い出すこともある ☐きっかけがあっても、自分では置いた場所をほとんど思い出せない ☐忘れたこと自体を認識していない 遂行能力：テレビ、エアコン、電動ベッド等の電化製品を操作できるか ☐自由に操作できる ☑チャンネルの順送りなど普段している操作はできる ☐操作間違いが多いが、操作方法を教えてもらえれば使える ☐リモコンを認識しているが、リモコンの使い方が全くわからない ☐リモコンが何をするものかわからない
過去半年間における入院	☐なし ☑不明 入院期間： 年 月 日 ～ ☐あり（頻度：☐0回 ☐1回 ☐2回以上）（直近の入院理由 ） 年 月 日

９．入院前の生活における介護/医療の状況、本人の関心等

介護/医療の状況・本人の関心等	介護・医療サービスの利用状況、生活歴や趣味・嗜好等 同封の書類をご確認ください。 ☐居宅サービス計画（1）～（3） ☐アセスメントシート（フェイスシート） ☐その他（ ） ペット飼育の有無：☐あり ☑なし 特記事項：

１０．今後の在宅生活の展望について（ケアマネジャーとしての意見）

住環境 ※可能ならば「写真」などを添付	住居の種類（☑戸建て ☐集合住宅） 2 階建て 居室： 1 階 エレベーター（☐あり ☑なし） 特記事項：
在宅生活に必要な要件	以前より物忘れが増えたと家族は心配している。日中独居のため、認知症上が進むと自宅での生活が難しくなることも予想されるため、本人の状態に合わせて退院後の生活について検討が必要。
世帯に対する配慮	☑不要 ☐必要（ ）
退院後の支援者	☑家族の支援が見込める（☐十分 ☑一部） ☑家族以外の支援が見込める（☐十分 ☑一部） ☐支援は見込めない ☐家族や家族以外の支援者はいない
退院後の主介護者	☑本シート2に同じ ☐左記以外 （氏名： 続柄： 年齢： 才）
家族や同居者等による虐待の疑い	☑なし ☐あり（ ）
特記事項	長男夫婦と同居しているが、２人とも就労のため日中は独居生活。夫は●●病院に入院中。 自宅は住宅改修し、手すりやスロープ設置済。本人の居室には使用済のおむつが落ちているなど不衛生な面があったが、長男夫婦が居室に立ち入ることを拒否していたため、そのままになっていた。本人は頑固な性格で人との交流をあまり好まない。介護保険サービスの利用もはじめは拒否されていたが、デイサービスに通い始めると少しずつ環境に慣れ、現在は週３回利用。

１１．カンファレンス等について（ケアマネジャーからの希望）

「退院前カンファレンス」への参加	☑希望あり 具体的な要望（ ）
「退院前訪問指導」を実施する場合の同行	☐希望あり 具体的な要望（ ）

※入院によって見込まれる状態の変化や、チェック欄では伝えきれない特記事項があれば記入します。

多職種連絡票（射水市版）

医療・介護の多職種が連携を図るため、依頼、報告、相談、確認等を行う際に使用する様式です。この様式は参考様式ですので、他の独自の様式を用いることは妨げません。多職種の連携のためのツールとしてご活用ください。

【※注意※】

多職種連絡票は**射水市内の医療機関、事業所のみで使用できます。**

市外へ送付する際は、所定の様式の有無を必ず確認してください。

医療機関（医科・歯科） 薬局・訪問看護 ケアマネジャー 介護サービス事業所等	依頼・報告・相談・確認等 ⇒ ⇐ 返信・回答	医療機関（医科・歯科） 薬局・訪問看護 ケアマネジャー 介護サービス事業所等

・多職種と連携を図る際は、状況に応じて様々な方法（電話や面談、文書の送付、サービス担当者会議等）を選択します。「多職種連絡票」もそのひとつとして活用してください。（ただし、多職種連絡票は診療情報提供書とは異なりますので、保険点数等の費用請求はできませんのでご注意ください。）

＜使用例＞　担当ケアマネジャーになったことの自己紹介

医療系サービスの導入やケアプラン作成にあたり、主治医への相談

サービス担当者会議開催のお知らせや欠席時の意見の聴取

在宅療養者の服薬状況等についてかかりつけ薬剤師への相談

在宅療養者の口腔衛生や義歯等についてかかりつけ歯科医への相談

デイサービスやヘルパー利用時の本人の状態変化や訴えの共有　など

・「多職種連絡票」は、本人や家族を支援するためのものとなるため、可能な限り同意を得ながら作成します。

・ＦＡＸで多職種連絡票を送付する際は、送付間違いのないよう十分注意してください。（送付先を登録する、２人以上で送付確認を行う、ＦＡＸ送付後は相手先に電話し受信確認を行うなど）

・様式は、射水市ホームページ［情報共有ツール｜検索］でダウンロードできます。

https://www.city.imizu.toyama.jp/guide/svguidedtl.aspx?servno=21223

医 師

診療時間中は電話対応が難しいことが多いため、連絡票で用件を伝えてもらえると空き時間に対応できて助かります。

多職種連絡票（射水市版）：記入例１　【ケアマネジャー】から【医師】へ

取扱注意

○ 年 ○ 月 ○ 日

多 職 種 連 絡 票

宛先	関係機関等の名称、担当者氏名 ○ ○ 医院 ○ ○ ○ ○ 様	発信元	事業所名称、担当者氏名 □□居宅介護支援事業所　担当○○ 電話番号　○○－○○○ FAX番号　○○－○○○

日ごろより大変お世話になっております。下記事項についてご確認いただき、ご都合の良い連絡方法等につきましてご回答などの取り扱いをよろしくお願いいたします。

＜本人の同意について＞
☑ ご本人またはご家族の同意を得ています。
☐ ご本人の心身状況から同意は得られておりませんが、ご本人のために必要があり、連絡いたします。

本人や家族を支援するための連絡票となるため、可能な限り同意を得ながら作成します。

本人	氏 名	射水 太郎	介護度	事業対象・要支援1、2・要介護1、(2)、3、4、5・申請中	
	生年月日	大・(昭) ○年 ○月 ○日生	年 齢	80 歳	(男)・女
相談内容	件 名	状態変化の報告			

☐ 返信をお願いします。　（　　月　　日頃まで　／　できるだけ至急回答願います　）
☑ 返信は不要ですのでご確認ください。

現在週２回ショートステイを利用されていますが、食事摂取量が少ない状況です。
（朝食：５割摂取、昼食：7割摂取、夕食：５割摂取程度が２週間続いている）

ご家族から日頃の様子をお聞きしたところ、今月に入ってから食事は通常の半分程度しかとれないことが多いとのことですが、本人さんの状態はあまり変わりないように感じておられるとのことです。
○月○日の定期受診時に先生にご相談をしていただくようご家族にお伝えしましたのでよろしくお願いします。

記入者氏名

相談内容は、「簡潔」に「分かりやすく」記載するようにしてください。

返信	☐ 直接会って回答します　（　　月　　日　　時頃に来所）
	☐ 電話で回答します　（　　月　　日　　時頃に電話してください）
	☐ 当連絡票で回答します

【※注意※】
多職種連絡票は射水市内の医療機関、事業所のみで使用できます。
市外へ送付する際は、所定の様式の有無を必ず確認してください。

年　　月　　日　　記入者氏名

※この多職種連絡票の回答では、診療情報提供書の算定はできません。
※この連絡票はFAX等を使用しますので、取扱いにご注意ください。

（射水市共通様式）

医師と連絡をとる際は「射水市主治医連携表」を活用しましょう

地域包括支援センターの主任介護支援専門員が中心となり、射水市内の医療機関と連携をとる際に相談可能な曜日や時間、連絡手段をまとめた「射水市主治医連携表」（毎年更新）を作成しています。必要な方はお近くの地域包括支援センターまでお問合せください。

多職種連絡票（射水市版）：記入例2　【訪問看護】から【ケアマネジャー】へ

訪問看護や介護サービスの提供の際に、本人の様子で気になることがあれば、多職種連絡票を活用し、ケアマネジャーへ連絡や相談を行うことができます。

取扱注意

○ 年 ○ 月 ○ 日

多 職 種 連 絡 票

宛先	関係機関等の名称、担当者氏名 ケアマネジャー ○ ○ ○ ○ 様	発信元	事業所名称、担当者氏名 △訪問看護ステーション　担当○○ 電話番号　○○－○○○ FAX番号　○○－○○○

日ごろより大変お世話になっております。下記事項についてご確認いただき、ご都合の良い連絡方法等につきましてご回答などの取り扱いをよろしくお願いいたします。

＜本人の同意について＞
☑ ご本人またはご家族の同意を得ています。
☐ ご本人の心身状況から同意は得られておりませんが、ご本人のために必要があり、連絡いたします。

本人	氏 名	太閤 桜子	介護度	事業対象・要支援1、2・要介護1、(2)、3、4、5・申請中	
	生年月日	大(昭)○年 ○月 ○日生	年 齢	80 歳	男 ・ (女)
相談内容	件 名	訪問回数について			
	☑ 返信をお願いします。　（ ○ 月 ○ 日頃まで ／ できるだけ至急回答願います ） ☐ 返信は不要ですのでご確認ください。				
	現在週1回の訪問看護で、健康状態観察、排便コントロール、全身清拭等を行っていますが、最近緊急コールが頻回にあり、状態が不安定です。 デイサービスのない曜日で、訪問看護の回数を増やすことは可能でしょうか？ご家族の希望もありましたので、ご検討願います。 記入者氏名　○ ○ ○ ○				

返信	☐ 直接会って回答します　（　月　日　時頃に来所してください） ☐ 電話で回答します　（　月　日　時頃に電話してください） ☑ 当連絡票で回答します
主治医の○○先生へ状況をお伝えし、指示をもらいます。ご家族とも相談し、ケアプランについても見直していきますので、またご連絡いたします。 ○ 年 ○ 月 ○ 日　記入者氏名　○ ○ ○ ○	

※この多職種連絡票の回答では、診療情報提供書の算定はできません。
※この連絡票はFAX等を使用しますので、取扱いにご注意ください。

（射水市共通様式）

多職種連絡票（射水市版）：記入例3　【ケアマネジャー】から【薬剤師】へ

本人の服薬状況や副作用等で気になることがあれば、多職種連絡票を活用し、薬剤師へ相談をすることができます。

取扱注意

○ 年 ○ 月 ○ 日

多 職 種 連 絡 票

宛先	関係機関等の名称、担当者氏名 ○ ○ **薬局** **ご担当薬剤師** 様	発信元	事業所名称、担当者氏名 **居宅介護□□事業所　担当○○** 電話番号　○○－○○○ FAX番号　○○－○○○

日ごろより大変お世話になっております。下記事項についてご確認いただき、ご都合の良い連絡方法等につきましてご回答などの取り扱いをよろしくお願いいたします。

＜本人の同意について＞
☑ ご本人またはご家族の同意を得ています。
☐ ご本人の心身状況から同意は得られておりませんが、ご本人のために必要があり、連絡いたします。

本人	氏 名	**射水　花子**	介護度	事業対象・要支援1、2・要介護1、(2)、3、4、5・申請中	
	生年月日	大・(昭) ○年　○月　○日生	年 齢	**78** 歳	男 ・(女)
相談内容	件 名	**服薬に関するご相談**			
	☑ 返信をお願いします。　（　○　月　○　日頃まで　／　できるだけ至急回答願います　） ☐ 返信は不要ですのでご確認ください。				
	認知機能の低下により服薬の記憶があいまいなため、ご家族やヘルパーが服薬確認をしています。錠剤が飲みにくいようで服薬を拒否されることもありますが、何か工夫できることはありますか 記入者氏名　○ ○ ○ ○				

返信	☐ 直接会って回答します	（　月　日　時頃に来所してください）
	☐ 電話で回答します	（　月　日　時頃に電話してください）
	☑ 当連絡票で回答します	
錠剤は、散剤や崩壊錠、液剤への変更をすることができますので、受診の際に主治医へご相談されることをおすすめします。 また、薬の飲み忘れがないよう服薬カレンダーやお薬BOXを使うことも有効です。お薬をお渡しする際に、ご家族へもご紹介していきます。 ○ 年 ○ 月 ○ 日　記入者氏名　○ ○ ○ ○		

※この多職種連絡票の回答では、診療情報提供書の算定はできません。
※この連絡票はFAX等を使用しますので、取扱いにご注意ください。

（射水市共通様式）

多職種連絡票（射水市版）：記入例４　【薬剤師】から【医師】へ

取扱注意

○ 年 ○ 月 ○ 日

多 職 種 連 絡 票

宛先	関係機関等の名称、担当者氏名 ○ ○ **医院** ○ ○ ○ ○ 様	発信元	事業所名称、担当者氏名 ○○ **薬局**　**担当** △△ 電話番号　○○−○○○ FAX番号　○○−○○○

日ごろより大変お世話になっております。下記事項についてご確認いただき、ご都合の良い連絡方法等につきましてご回答などの取り扱いをよろしくお願いいたします。

＜本人の同意について＞
☑ ご本人またはご家族の同意を得ています。
☐ ご本人の心身状況から同意は得られておりませんが、ご本人のために必要があり、連絡いたします。

本人	氏 名	**射水 太郎**	介護度	事業対象・要支援1、2・要介護1、(2)、3、4、5・申請中	
	生年月日	大・(昭) ○年 ○月 ○日生	年 齢	**80** 歳	(男)・女
相談内容	件 名	**服薬内容の確認**			
	☑ 返信をお願いします。　（ ○ 月 ○ 日頃まで ／ できるだけ至急回答願います ） ☐ 返信は不要ですのでご確認ください。				
	今回処方の ○○（薬剤）は、他院処方の △△（薬剤）と重複が認められます。 □□（薬剤）への変更はいかがでしょうか（または削除でいかがでしょうか） 記入者氏名　○ ○ ○ ○				

返信	☐ 直接会って回答します　（　月　日　時頃に来所してください） ☐ 電話で回答します　（　月　日　時頃に電話してください） ☑ 当連絡票で回答します

今回処方の ○○(薬剤)を削除とします。

医師の指示を代筆することも可能です

○○医師に確認し、代筆しました。

○ 年 ○ 月 ○ 日　記入者氏名　**看護師** ○ ○

※この多職種連絡票の回答では、診療情報提供書の算定はできません。
※この連絡票はFAX等を使用しますので、取扱いにご注意ください。

（射水市共通様式）

多職種連絡票（射水市版）：記入例５　【ケアマネジャー】から【歯科医師】へ

本人の口腔衛生や義歯等について気になることがあれば、多職種連絡票を活用し、歯科医師へ相談をすることができます。

取扱注意

○ 年 ○ 月 ○ 日

多 職 種 連 絡 票

宛先	関係機関等の名称、担当者氏名 ○ ○ **歯科クリニック** ○ ○ ○ ○ 様	発信元	事業所名称、担当者氏名 **居宅介護□□事業所　担当○○** 電話番号　○○－○○○ FAX番号　○○－○○○

日ごろより大変お世話になっております。下記事項についてご確認いただき、ご都合の良い連絡方法等につきましてご回答などの取り扱いをよろしくお願いいたします。

＜本人の同意について＞
☑ ご本人またはご家族の同意を得ています。
☐ ご本人の心身状況から同意は得られておりませんが、ご本人のために必要があり、連絡いたします。

本人	氏 名	**太閤　桜子**	介護度	事業対象・要支援1、2・要介護1、2、3、(4)、5・申請中	
	生年月日	大・(昭) ○年 ○月 ○日生	年 齢	**80** 歳	男 ・(女)
相談内容	件 名	**訪問歯科診療に関するご相談**			
	☑ 返信をお願いします。　（ ○ 月 ○ 日頃まで ／ できるだけ至急回答願います ） ☐ 返信は不要ですのでご確認ください。				
	寝たきりで自宅療養のため、訪問診療を受けている方です。 奥歯がぐらぐらしており、食べるときに不都合な状況となっているため、訪問歯科診療を依頼したいと思いますが可能でしょうか？ 過去に○○歯科クリニックにて義歯を作成していると聞いております。 記入者氏名　○ ○ ○ ○				

返信	☑ 直接会って回答します　（ ○ 月 ○ 日 ○ 時頃に来所してください） ☐ 電話で回答します　（ 月 日 時頃に電話してください） ☐ 当連絡票で回答します
当院へ通院しておられた記録がありました。訪問診療を実施するにあたり、本人の身体状況などを確認させていただきたいので、来院し状況を聞かせてください。 ○ 年 ○ 月 ○ 日　記入者氏名　○ ○ ○ ○	

※この多職種連絡票の回答では、診療情報提供書の算定はできません。
※この連絡票はFAX等を使用しますので、取扱いにご注意ください。

（射水市共通様式）

多職種連絡票（射水市版）：記入例6　【歯科医師】から【ケアマネジャー】へ

取扱注意

○ 年 ○ 月 ○ 日

多 職 種 連 絡 票

宛先	関係機関等の名称、担当者氏名	発信元	事業所名称、担当者氏名
	居宅介護 □□事業所 担当ケアマネジャー 様		○○ 歯科クリニック 電話番号 ○○−○○○ FAX番号 ○○−○○○

日ごろより大変お世話になっております。下記事項についてご確認いただき、ご都合の良い連絡方法等につきましてご回答などの取り扱いをよろしくお願いいたします。

＜本人の同意について＞
☑ ご本人またはご家族の同意を得ています。
□ ご本人の心身状況から同意は得られておりませんが、ご本人のために必要があり、連絡いたします。

本人	氏 名	海王 丸子	介護度	事業対象・要支援1、2・要介護(1)、2、3、4、5・申請中	
	生年月日	大(昭)○年 ○月 ○日生	年 齢	75 歳	男 ・ (女)
相談内容	件 名	歯科診察の結果			
	□ 返信をお願いします。 （ ○ 月 ○ 日頃まで ／ できるだけ至急回答願います ） ☑ 返信は不要ですのでご確認ください。				
	○月○日に当院受診され、抜歯を行いました。抜歯後の経過は問題ありませんが、顔の腫れや痛みが出る場合もあり、痛み止めを処方しています。 2～3日で軽快しますが、痛みが強い、発熱があるなどの状態の変化があるようでしたら受診するよう伝えました。本人より相談があれば、ご連絡ください。 （ご本人にも伝えましたが、独居でご家族は県外にいらっしゃると聞いていますので、連絡しました。） 記入者氏名 ○ ○ ○ ○				

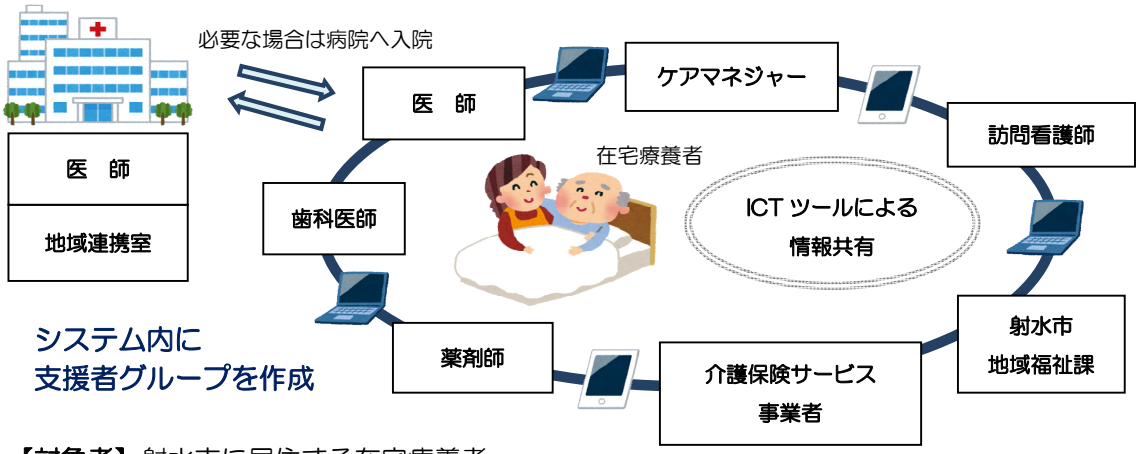
返信	□ 直接会って回答します （ ○ 月 ○ 日 ○ 時頃に来所してください） □ 電話で回答します （ 月 日 時頃に電話してください） ☑ 当連絡票で回答します
週3回ヘルパーを利用しておられますので、抜歯後の変化がないか確認を依頼しました。もし気になることがあれば、ご連絡いたします。 ○ 年 ○ 月 ○ 日 記入者氏名 ○ ○ ○ ○	

※この多職種連絡票の回答では、診療情報提供書の算定はできません。
※この連絡票はFAX等を使用しますので、取扱いにご注意ください。

（射水市共通様式）

多職種連携支援システム（射水市版）

在宅療養者を支援する医療機関及び介護保険サービス事業所等が、体調、受診結果及びサービス利用時の状況、本人や家族の思い等を共有するためのICT（情報通信技術）ツールです。本人の身体状況や支援内容等をタイムリーに共有することで、多職種が緊密に連携して本人や家族への支援を行うことができます。



【対象者】射水市に居住する在宅療養者

多職種が関わり支援を行っているケース、身体状況の変化が著しく、連絡調整が頻回必要なケース、外来通院していたが訪問診療に切り替わるケースなど、システムの利用が望ましい方へ同意をとって利用します。

【情報共有の範囲】

対象者となる在宅療養者に対して、システム内に支援者グループを作成し、支援者グループ内でのみ情報を共有する。

【システム名】TRITRUS（トリトラス）株式会社カナミックネットワーク

【利用料金】無料

毎月のシステム運用費は射水市が負担します。インターネット環境にかかる費用はご負担ください。

【システム管理者（実施主体）】射水市（地域福祉課が事務を取り扱います。）

システムの利用方法

※専用ソフトのダウンロードは必要ありませんが、初回に電子証明書をインストールしてください。
①インターネット環境のあるパソコンやモバイル端末から「カナミックネットワーク」を検索し、ホームページ画面からシステムにアクセスします。
②ユーザーID、パスワードを入力し、システムの利用を開始します。

セキュリティについて

- 厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」総務省「ASP・SaaSにおける情報セキュリティ対策ガイドライン」等に準拠したシステムです。
- システムを利用するパソコンやモバイル端末にはデータを保存せず、データセンターでクラウド管理します。

- システムを利用するには、申請が必要です。
  申請書等の様式は、射水市ホームページ［多職種連携支援システム｜検索］でダウンロードできます。

  https://www.city.imizu.toyama.jp/guide/svGuideDtl.aspx?servno=27896

射水市多職種連携支援システム利用の流れ

1　システムを利用するための施設登録

「射水市多職種連携支援システム利用規約」に同意
施設で情報管理責任者の決定

↓

下記の申請用紙を射水市地域福祉課へ提出（ＦＡＸ送信可）
・射水市多職種連携支援システム利用申請書（様式１）
・システム利用者登録書（様式２）※利用者全員分

〒939-0294
射水市新開発410番地1
射水市役所地域福祉課

↓

射水市地域福祉課から申請のあった施設へ下記を発行
・電子証明書パスワード（システム利用機器準備用）
・ユーザーＩＤ、パスワード（利用者全員分）

↓

システム利用機器の準備（電子証明書のインストール）
市へ申請したシステム利用機器（パソコン、モバイル端末等）へ電子証明書をインストールする。
・初回のみの作業です。
・電子証明書パスワードの管理は、施設の情報管理責任者が行ってください。

利用機器、利用者の変更等があった場合は、システム利用登録・変更申請書（様式３）を提出

↓

ホームページからログインし、システム利用開始
システムを閲覧する際に毎回ユーザーＩＤ、パスワードが必要です。

2　在宅療養者の情報共有

対象者となる在宅療養者へシステムの説明を行い、同意をとる。
・説明用チラシ・同意書（様式４）を使用

説明及び同意は、医師又はケアマネジャーが行い、同意欄に署名をもらってください。

↓

射水市多職種連携支援システム利用開始届（様式５）・同意書（様式4）の写しを射水市地域福祉課へ提出（ＦＡＸ送信可）
原本は記入者が保管してください。

連携施設の変更があった場合は、様式５裏面を記入し、市へ提出

↓

射水市地域福祉課で書類受理後、システム内に対象者の支援グループを作成

↓

システム内で情報共有の開始

システムを利用していない施設がある場合は、上記１の手続きを勧める。
（申請手続が終了次第、随時参加可）

システムで情報共有した事例の紹介

射水さん（82歳、男性）－医師・ケアマネジャー・訪問看護・訪問入浴・訪問リハビリ・薬剤師で情報共有

妻（78歳）と二人暮らし
射水さんはベッド上の生活で絶飲食中。輸液点滴がかかせない状況

システムの画面イメージ（実際のシステムでは新しい投稿が一番上に表示されます）

【 2/5訪問状況 】 重要度 ☆☆☆

投稿No1：〇〇訪問看護ステーション　看護師　△△　　実施日時　2024/2/5 15:00

経口摂取の希望強く、再度絶飲食の説明をしました。訪問時に吸痰実施（昨日20時以降は吸引せずに経過）週3回の訪問に加えて緊急時に対応します。

【物品について】

次回訪問時にルート交換すると残数0です。緊急対応も考えられるため補充をお願いします。

血圧	脈拍	呼吸	体温	SpO2
90/50	70	18	36.1	93

訪問状況へのコメント

□□医院　医師　△△　　実施日時　2024/2/5 20:30

物品は本日準備しますので、明日以降取りに来てください。
緊急時の対応もよろしくお願いします。

医療物品の在庫を確認、報告することで医師・薬剤師と連携を図ります。

バイタルは定型フォームから入力します。経過をグラフでみることもできます。

相手の時間を気にせず、連絡できます。

訪問看護

【 2/7訪問入浴 】 重要度 ☆☆☆

投稿No2：□訪問入浴　看護師　〇〇　　実施日時　2024/2/7 13:30

表情良。入浴時はお変わりなく、呼吸苦もありませんでした。

血圧	脈拍	呼吸	体温	SpO2
94/49	76		36.2	93

本人やご家族の日々の様子を共有できます。
サービス利用時に心配に思ったことを書き込めば他職種の対応時に継続支援をお願いできます。

ちょっとしたことの連絡も取りやすいです。

サービス事業所

【 2/8緊急訪問 】 重要度 ★★★

投稿No3：〇〇訪問看護ステーション　看護師　△△　　実施日時　2024/2/8 21:00

呼吸苦があり、緊急訪問（SpO2 70%）
奥から多量の痰を吸引し、1時間後にSpO2 91%まで回復。呼吸苦改善し、眠っていかれました。

血圧	脈拍	呼吸	体温	SpO2
101/72	85	24	36.6	91

状態の変化があった時などシステムで支援方針を伝えます。文字に残すことで確実性があります。
（振り返って確認することもできます。）

診療の合間にシステムで状況確認ができます。

医師

【飲水指示】 重要度 ★★★

投稿No４：□□医院　医師　△△　　実施日時　2024/2/17 13:30

体調が落ち着いてきましたので、本人とご家族の意向を確認し、少しずつ飲水開始の指示をしました。

血圧	脈拍	呼吸	体温	SpO2
96/63	91		36.6	90

飲水指示へのコメント

〇〇訪問看護ステーション　看護師△△　　実施日時　2024/2/18 13:30

表情も良くバイタル安定しています。訪問時〇〇を摂取。ムセもありませんでした。

コメント

△△訪問リハビリ　作業療法士□□　　実施日時　2024/2/18 16:30

次週の訪問時に完全側臥位での嚥下訓練を行います。

サービスの利用状況を把握できるので必要に応じてケアプランを見直します。医療の情報もタイムリーに把握できます。

システム内でケース会議ができたり、TELや来所などの1人1人への連絡時間を短縮できます。

ケアマネジャー

＊支援した全ての記録を残すものではありません。多職種と共有が必要な情報をピックアップして投稿します。

＊在宅療養では口腔ケアも重要です。医科歯科連携にもご利用ください。

＊高齢者世帯や独居、認知症の方も増える中、支援者が見守りをしながらその人らしい生活を支援することが増えています。
本人や家族の「ちょっと困ったな」に早めに気づき、チームで支援を検討するためにもシステムの活用をご検討ください。