緊急引継ぎシート

**このシートは、引継ぐ方の目に止まりやすいところに保管して****ください。**

＊できるだけ具体的に記入してください。

【介護を行っている方】

|  |  |
| --- | --- |
| 記入日 | 　　　年　　　　月　　　　日 |
| １．介護者氏名 |  |
| ２．住　所 |  |
| ３．連絡先 | TEL :Mail:　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| ４．生年月日・年齢 | 大正　昭和平成　令和年　　月　　日　・　　　歳 |
| ５．介護または支援を受けている方との関係 |  |
| ６．介護できなくなった時の緊急連絡先 | まずこの人に連絡・相談してください！①**あり**　・氏名　　　　　・連絡先②**なし** |

　【介護または支援を受けている方（要介護者等）】

　　＊複数の方を介護している場合は、それぞれ記入してください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 連絡事項 | 内　　容 | 備考 |
| １．氏名 |  |  |
| ２．性　別 | 　男　・　女 |  |
| ３．生年月日・年齢 | 大正　昭和平成　令和年　　月　　日　・　　歳　 |  |
| ４．住　所 | ①介護者と同居②別居（住所　　　　　　　　　　　　　　　　　　）③施設等（名称　　　　　　　　　　　　　　　　　）　　　　（住所　　　　　　　　　　　　　　　　　）　　　　（連絡先　　　　　　　　　　　　　　　　）　　　　　　　　　　　　　　　 |  |
| ５．介護を行っている方以外で最も近い親族 | ①いる（要介護者等との関係　　　　　　　　　　　）　　　（氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　　　（住所　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　　　（連絡先　　　　　　　　　　　　　　　　　）②いない③その他 |  |
| ６．ケアが必要な区分(複数可) | ①高齢②認知症③障害④疾病・難病⑤医療的ケア児者⑥その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |  |

【引継ぎが可能な介護者】

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 連絡事項 | 内　　容 | 備考 |
| １．引継げる介護者 | ①いる②いない③その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |  |
| ２．引継げる介護者　　の氏名 |  |  |
| ３．連絡先 | TEL : |  |
| ４．住　所 |  |  |
| ５．介護または支援を受けている方との関係 |  |  |
| ６．記入者との関係 |  |  |

　【介護または支援を受けている方（要介護者等）の状況・留意事項・在宅住居等に関する連絡事項】

＊該当項目がない場合には、特記事項欄に記入してください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 連絡事項 | 内　　容 | 備考 |
| １．状態 | ①高齢（要介護　　　　　、要支援　　　　　　、その他　　　　　　　　　　　　　　　　　）②認知症（程度　　　　　　　　　　　　　　　　　）③障害（障害の種別　　　　　　　　　　　　　　　　　　　等級　　　　　　　　　　　障害名　　　　　　　　　　　　　　　　　）④疾病・難病（疾病名　　　　　　　　　　　　　　）⑤医療的ケア児者⑥その他（具体的に　　　　　　　　　　　　　　　） |  |
| ２．健康保険証 | 保険者名　①国保（　　　　　　　　　　　　　　　）　　　　　②健保組合、協会けんぽ、共済組合　　　　　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　）保険証記号番号（　　　　　　　　　　　　　　　　）扶養者がいる場合はその氏名（　　　　　　　　　）＊ | \*被扶養・遠隔地扶養などの場合 |
| ３．介護保険証 | 保険者(市町村名)介護保険証記号番号 | ＊介護保険料通知などに記載 |
| ４．障害者手帳 | 手帳名（種類）記号番号 |  |
| ５．治療計画等の有無 | 入院予定手術予定施術・リハビリ等 |  |
| ６．かかりつけ医（複数ある場合は特記事項欄に追記） | 医院名住所連絡先 |  |
| ７．訪問医療提供者 | 医院・医師名住所連絡先 |  |
| ８．訪問看護提供者 | 訪問看護事業所名住所連絡先 |  |
| ９．薬局・薬剤師 | いつも使っている処方箋薬局薬剤師名 |  |
| 10．地域包括支援センター |  |  |
| 11．担当ケアマネージャー・相談支援専門員 | 氏名連絡先 |  |
| 12．介護・支援サービス提供者 | 事業所名連絡先 |  |
| 13．福祉・各制度サービス提供者(民間含む) | 普段相談先等として連絡している担当窓口連絡先担当者(保健師等)手帳・証書等サービス提供対象疾患 |  |
| 14．成年後見制度利用の有無 | なしあり・成年後見の種類　任意後見法定後見　後見・保佐・補助・成年後見人等・連絡先　 |  |
| 15.本人とのコミュニケーションの取り方 | その人なりの意思表示の方法など。 |  |
| 16．配慮すべき　　障害・疾病等の　　特性 |  |  |
| 17．ケアにおいて特に配慮すべきこと |  |  |
| 18.アレルギーや食事の要件を含む病状 |  |  |
| 19．服用している薬のリストと進行中の治療内容等 |  |  |
| 20.　在宅ケアのために通常使用している医療・衛生資材等 | 医療資材衛生資材 |  |
| 21．要介護者との連絡手段 | ①連絡可能・連絡方法・連絡先②連絡不可能③その他 |  |
| 22．住宅に関する必要情報 | ・誰がキーを持っているか・アラームコード等へのアクセス方法 ・空調機器のコントロール方法・ヒューズボックスの位置・ガスメータ、水道メーター等の位置など、個人の家に関するその他重要な情報 |  |
| 23．所定の委任状等 | 所持する委任状等 |  |
| 24．その他特記事項 |  |  |