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 |  |  |