地域連携シート

＊本人の同意について

□ 同意した日　　　　　平成　　年　　月　　日 　　　　患者署名

1. 患者情報

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏名 |  | 性別 | 男・女 | 年齢 |  |
| 身長 |  | 体重 |  |
| 腎機能 | Cr（mg/dl） | eGFR(ml/min/1.73m²) |
| 検査日（　　年　　月　　日） |  |  |
| 肝障害 | □なし　□あり→（AST　　　　（U/*ｌ*）・ALT　　　　（U/*ｌ*）） |

1. 調剤上の留意点

|  |  |
| --- | --- |
| 管理 | □自己管理　□家族管理　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 調剤方法 | □ヒート　□一包化　□粉砕　□簡易懸濁　□その他（　　　　　　　　　　）　　　　　　　　　　　　　　　　　 |

|  |  |
| --- | --- |
| ハイリスク薬の有無 | □なし　　□あり　（　　　　　　　　　　　　　　　） |
| その他注意が必要な薬剤 | 　　 |

1. 入院中の薬剤の変更について（変更項目；追加・中止・増量、減量・その他）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 変更項目 | 薬剤 | 理由 |
| ・・・・・ | ・・・・・ | ・・・・・ |

1. 連絡事項

|  |
| --- |
|  |

☆服用期間中フォロー（投薬後　　　年　　月　　日に確認）

|  |  |
| --- | --- |
| 使用薬剤 | □服用状況良　□服用状況不良→（　　　　　　　　　　　　） |
| 副作用モニタリング | □有害事象なし□有害事象あり→（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

|  |  |
| --- | --- |
| 施設名と連絡先 |  |
| 報告者 |  |

地域連携チェックシート（栄養）

＊本人の同意について

□ 同意した日　　　　　平成　　年　　月　　日 　　　　患者署名

〇患者基本情報

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 身長(cm) |  | 体重(kg) |  | BMI（㎏/m²） |  |
|  | エネルギー（Kcal） | 水分量（ｍｌ） | 糖質（ｇ） | タンパク質（ｇ）（アミノ酸） | 脂質（ｇ） |
| 必要エネルギー |  |  |  |  |  |
| 摂取エネルギー | 経口摂取　 |  |  |  |  |  |
| 経口（補助食品） |  |  |  |  |  |
| 末梢栄養(PPN)　 |  |  |  |  |  |
| 中心静脈栄養(TPN) |  |  |  |  |  |
| 合計 |  |  |  |  |  |
| 腎機能 | Cr（mg/dl） |  | 肝機能 | AST（U/*ｌ*） |  |
| eGFR(ml/min/1.73m²) |  | ALT（U/*ｌ*） |  |
| 電解質 | Na （mEq/*l*） |  | 脂質 | TG （mg/dl） |  |
| K（mEq/*l*） |  | TC （mg/dl） |  |
| 投与方法（経腸栄養） | □経口　　　□経管　　　□経鼻　　　□胃瘻　　　□腸瘻　　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| ポンプ使用 | □なし　□あり→（　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 投与部位 |  |
| 投与速度 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 連絡事項 |  |

☆服用期間中フォロー（投薬後　　　年　　月　　日に確認）

|  |  |
| --- | --- |
| 使用薬剤 | □服用状況良　□服用状況不良→理由（　　　　　　　　　　　　） |
| 副作用モニタリング | □有害事象なし□有害事象あり→（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

|  |  |
| --- | --- |
| 施設名と連絡先 |  |
| 報告者 |  |

地域連携シート（がん）

＊本人の同意について

□ 同意した日　　　　　平成　　年　　月　　日 　　　　患者署名

1. 患者情報

|  |  |
| --- | --- |
| 癌腫 | □大腸癌　□胃がん　□肺癌　□乳がん　□卵巣がん　□血液がん□前立腺がん　□膵癌　□肝がん　□腎がん　□皮膚がん　□咽頭がん　□その他のがん（　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 使用薬剤（レジメン） |  |
| 伝達事項 |  |

1. 服用期間中フォロー（投薬後　　　年　　月　　日に確認）

|  |  |
| --- | --- |
| 使用薬剤 | □服用状況良□服用状況不良→理由（　　　　　　　　　　　　） |
| 副作用モニタリング | □発熱□下痢□口内炎□嘔気・嘔吐□便秘□経口摂取□間質性肺炎□皮膚・爪囲炎□ざ瘡様皮疹 | □なし□なし□なし□なし□なし□問題なし□症状なし□なし□なし | □37.4度以下□3回／日以下の水様／泥状便□あるが食事に支障がない□3,5回の嘔吐/24時間□持続的症状□食欲低下□痰を伴わない乾いた咳□軽度・乾燥・かゆみ□にきび様の発疹 | □37.5度以上□4回／日以上の水様／泥状便□経口摂取に支障がある□6回以上の嘔吐/24時間□摘便を要する頑固な便秘□500ml/日の水分も取れない□息苦しさ・労作時息切れ□痛み・日常生活への支障□痛み・日常生活への支障 |
| □骨髄抑制□脱毛□末梢神経障害□その他 | □なし□なし□なし□なし |  |  |

1. 連携事項

|  |
| --- |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| 施設名と連絡先 |  |
| 報告者 |  |

感染症確認シート（薬局用）

1. 感染症関連確認事項

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 適応症の確認　 |  | 不明 |
| 感染部位 | □上気道　□肺炎　□尿路　□腸管　□その他（　　　　　　） | 不明 |
| 症状 | □発熱　□痛み　□腫脹　□その他（　　　　　　　　） | 不明 |
| 慢性・急性 | □急性　　　□慢性 | 不明 |
| 薬剤の使用 | □適切 | □適切といえない→疑義照会へ |

1. 急性気道感染症のケース

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 病型 | 鼻汁 | 咽頭痛　　　 | 咳 | 勧められる治療 |
| 風邪 | 〇 | 〇 | 〇 | 抗菌薬投与しない |
| 急性副鼻腔炎 | ◎ | △～✖ | △～✖ | 中等症以上；投与検討 | 抗菌薬投与しない |
| 急性咽頭炎 | △～✖ | ◎ | △～✖ | GAS(+)のみｱﾓｷｷｼﾘﾝ | 抗菌薬投与しない |
| 急性気管支炎 | △～✖ | △～✖ | ◎ | 百日咳 | 抗菌薬投与しない |

1. 急性下痢症のケース

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 病型 | 重症度 | その他 | RED flag | 勧められる治療 |
| 水溶性下痢 | 軽症 | 抗菌薬投与しない |
| 中等症～重症 | 海外渡航(-) | (-) | 抗菌薬投与しない |
| (+) | 抗菌薬検討 |
| 海外渡航(+) | 抗菌薬検討 |
| 血性下痢 | 軽症 | 抗菌薬投与しない |
| 中等症～重症 | 熱（38度以下） | (-) | 抗菌薬投与しない |
| (+) | 抗菌薬検討 |
| 熱（38度以上） | 抗菌薬検討 |

※RED　flag…・血圧低下、悪寒戦慄など菌血症を疑う場合・脱水、ショックなど入院加療が必要な場合・免疫不全状態・合併症リスクが高い場合（50歳以上、人工血管、人工弁、人工関節）

☆患者転機記録シート（投薬後　　　年　　月　　日に確認）

|  |  |
| --- | --- |
| 使用薬剤 | □服用状況良　□服用状況不良→理由（　　　　　　　　　　　　）□副作用無し　□副作用あり→具体的に（　　　　　　　　　　　） |
| 体調変化 | □発熱　　□痛み　　□腫脹　　□その他（　　　　　　　　　　） |

連絡事項

|  |
| --- |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| 施設名と連絡先 |  |
| 報告者 |  |

地域連携チェックシート（緩和医療）

1. 痛みの強さの評価；NRS（Numeric Rating Scale）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

痛みがない ０ １ ２ ３ ４　　　５ ６ ７　　 ８　　 ９　　10最悪な痛み

②　治療の目標　　　　　　　　　　　　　　　　③痛みの部位



|  |  |
| --- | --- |
| □ | 痛みで眠りをじゃまされることなく、よく眠れる。 |
| □ | 安静にしていれば痛みを感じない。 |
| □ | 身体を動かしても痛みが強くならない、あるいは痛みを感じない。 |

1. 痛みの性質

|  |  |
| --- | --- |
| 体性痛 | □鋭い　□ズキズキ　□ヒリヒリ　□しみるような　□うずくような　□脈うつような　□こるような　□筋肉がけいれんするような |
| 内臓痛 | □鈍い　□重い　□ズーン　□ギューッ　□圧迫されたような |
| 神経障害性疼痛 | □電気がはしるような　□正座をした後のしびれるような　□キリキリ□ひきつるような　□ジンジン　□チクチク　□チリチリ　□ビリビリ　□突っ張るような　□焼けつくような　□針で刺すような |

1. オピオイド使用状況

|  |  |
| --- | --- |
| 定時薬（　　　　　　　　　） | 日　　　　　回（　　　　　　　　　　　　） |
| 定時薬の効果判定 | □一日中痛みあり　□ときどき痛い　□痛くない |
| レスキュー薬（　　　　　　　） | 日　　　　　回（　　　　　　　　　　　　） |
| 使用するタイミング（ある・なし） | 0・・・4・・・8・・・12・・・16・・・20・・・24 |
| レスキュー薬の残薬 | なし　・　あり（具体的に　　　　　　　　　　） |

1. 副作用チェック

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 有害事象 | 症状の有無 | 少　　　　 中 強 | 対処および転帰 |
| 吐き気 | ある・なし | １・・２・・３・・４・・５ |  |
| 便秘 | ある・なし | １・・２・・３・・４・・５ |  |
| 眠気 | ある・なし | １・・２・・３・・４・・５ |  |
| □掻痒感　　□せん妄・幻覚　　□その他（　　　　　　　　） |  |

1. 連絡事項

|  |  |
| --- | --- |
| 施設名と連絡先 |  |
| 報告者 |  |

地域連携チェックシート（緩和医療）

1. 痛みの強さの評価　　　　　　　　　　　　　　　　②痛みの部位





③　治療の目標

|  |  |
| --- | --- |
| □ | 痛みで眠りをじゃまされることなく、よく眠れる。 |
| □ | 安静にしていれば痛みを感じない。 |
| □ | 身体を動かしても痛みが強くならない、あるいは痛みを感じない。 |

1. 痛みの性質

|  |  |
| --- | --- |
| 体性痛 | □鋭い　□ズキズキ　□ヒリヒリ　□しみるような　□うずくような　□脈うつような　□こるような　□筋肉がけいれんするような |
| 内臓痛 | □鈍い　□重い　□ズーン　□ギューッ　 |
| 神経障害性疼痛 | □キリキリ　□ジンジン　□チクチク　□針で刺すような　□チリチリ　□ビリビリ　□正座をした後のしびれるような |

1. オピオイド使用状況

|  |  |
| --- | --- |
| 定時薬（　　　　　　　　　） | 日　　　　　回（　　　　　　　　　　　　） |
| 定時薬の効果判定 | □一日中痛みあり　□ときどき痛い　□痛くない |
| レスキュー薬（　　　　　　　） | 日　　　　　回（　　　　　　　　　　　　） |
| 使用するタイミング（ある・なし） | 0・・・4・・・8・・・12・・・16・・・20・・・24 |
| レスキュー薬の残薬 | なし　・　あり（具体的に　　　　　　　　　　） |

1. 副作用チェック

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 有害事象 | 症状の有無 | 少　　　　 中 強 | 対処および転帰 |
| 吐き気 | ある・なし | １・・２・・３・・４・・５ |  |
| 便秘 | ある・なし | １・・２・・３・・４・・５ |  |
| 眠気 | ある・なし | １・・２・・３・・４・・５ |  |
| □掻痒感　　□せん妄・幻覚　　□その他（　　　　　　　　） |  |

1. 連絡事項

|  |  |
| --- | --- |
| 施設名と連絡先 |  |
| 報告者 |  |

地域連携チェックシート（褥瘡）

1. 危険因子の評価

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 危険因子の評価 | 日常生活自立度 | （ J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2 ） | OHスケール |
| 自力体位変換能力（ベッド上もしくはイス上） | (0) できる　(3) できない |  |
| (1.5) どちらともいえない |
| 病的骨突出（仙骨） | (0) なし　(3) 高度 |  |
| (1.5) 軽度・中等度 |
| 関節拘縮 | (0) なし　(1) あり |  |
| 皮膚の脆弱性（浮腫） | (0) なし　(3) あり |  |
| 皮膚の脆弱性（スキンテアの保有・既往） | なし | あり | 合計点 |
| 皮膚の湿潤（多汗、尿・便失禁等） | なし | あり |
| 栄養状態低下 | なし | あり |

1. 褥瘡経過評価（DESIGN-R）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| D（深さ） |  (d0) (d1) (d2) |  (D3) (D4) (D5) |  (DU) |
| E（滲出液） |  (e0) (e1) (e3) |  (E6) |  |
| S（大きさ） |  (s0) (s3) (s6) (s8) (s9) (s12) |  (S15) |  |
| I（炎症／感染） |  (i0) (i1) |  (I3) (I9) |  |
| G（肉芽組織） |  (g0) (g1) (g3) |  (G4) (G5) (G6) |  |
| N（壊死組織） |  (n0) |  (N3) (N6) |  |
| P（ポケット） |  (p0) |  (P6) (P9) (P12) (P24) |  |
|  | 合計 |  |

1. 検査値情報

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Alb |  | Hb |  | T-Cho |  |
| WBC |  | CRP |  | TLC(総リンパ球数) |  |

1. 処置の内容

|  |  |
| --- | --- |
| 使用薬剤情報 | 外用薬：創傷被覆剤：交換回数： |
| 処置の必要性 | □スキンケア　　□体位変換　　　□栄養　　　□排泄コントロール |
| マットレス | □標準　□圧分散型(静止型)　□圧切替型(高機能)　□ハイブリッド型 |
| 栄養状態 | □経口摂取　□経腸栄養(EN)　□末梢栄養(PPN)　□中心静脈栄養(TPN) |
| 連絡事項 |  |
| 施設名と連絡先 |  |
| 報告者 |  |