

【取扱注意】

発信者（ ）から受信者（ ）様へ

千葉県オレンジ連携シート(H30年度改訂)

表面

チーバくんと
オレンジリング



本シートは、多職種が協働して御本人の生活を支援するために必要な情報共有を行うことを目的としています。

御協力のほど、よろしくお願いいたします。

返信： 要 不要

御本人のお名前(フリガナ) 様 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日 年 月 日 歳 <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> S	住所(市町村・字名まで)
1 発信者記入欄		発信者所属
記入日：()年()月()日	氏名	
添付資料：()枚	電話	
目的	①何について <input type="checkbox"/> 初期対応 <input type="checkbox"/> 行動・心理症状 <input type="checkbox"/> 身体症状 <input type="checkbox"/> 運動機能障害 <input type="checkbox"/> 在宅生活支援 <input type="checkbox"/> 退院支援 <input type="checkbox"/> 介護負担 <input type="checkbox"/> その他()	
	②どうしてほしい <input type="checkbox"/> 診断依頼 <input type="checkbox"/> 治療依頼 <input type="checkbox"/> 介護への助言 <input type="checkbox"/> 情報共有 <input type="checkbox"/> 情報提供の依頼 <input type="checkbox"/> 入院先医療機関等の紹介依頼 <input type="checkbox"/> 入所施設等の紹介依頼 <input type="checkbox"/> その他()	
認知症の症状	症状や生活上の支障、経過(出現時期など)の詳細	
伝達・相談・依頼事項・自由記載欄		
任意記入項目(裏面)→ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 基本情報 <input type="checkbox"/> 生活の状況 <input type="checkbox"/> 介護保険サービスの利用状況 <input type="checkbox"/> 医療の状況		
返信内容の発信者以外への提供 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり → 提供先(法令等で守秘義務の課せられた専門職に限る)を下記に明記 提供先： <input type="checkbox"/> 医療機関 <input type="checkbox"/> ケアマネ <input type="checkbox"/> 介護事業所・施設 <input type="checkbox"/> 行政・地域包括 <input type="checkbox"/> その他()		

2 受信者(返信者)記入欄

記入日：()年()月()日	返信者所属
添付資料：()枚	氏名
	電話
伝達・回答事項・自由記載欄	

このシートは、県内全域において多職種が連携・協働する際にお役立ていただくため、千葉県が作成したものです。
利用方法については千葉県ホームページを御覧ください(「千葉県オレンジ連携シート」で検索可能です)。

裏面については記載は任意であり、全ての欄への記載は必要ありません。

- ・本シートの目的に関連し、伝達・相談・依頼に当たって必要な項目だけを記入してください。
- ・既存の資料がある場合には、当該資料を添付することにより、記載を省略することができます。

裏面

○基本情報

同居家族：	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 配偶者	<input type="checkbox"/> 子	<input type="checkbox"/> 子の配偶者	<input type="checkbox"/> 兄弟姉妹	<input type="checkbox"/> その他()
主介護者の続柄：	()	<input type="checkbox"/> 同居	<input type="checkbox"/> 別居	キーパーソンの続柄：	()	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居
本人の病識：	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 不明	告知の有無：	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明
告知の内容・本人の受け止め方：						
本人の要望や意向：						
家族の病気に対する理解度・受け止め方：						
家族の要望や意向：						
介護者の状態：						

○生活の状況

【IADL】 ア 一人で問題なくできる イ だいたいできる ウ あまりできない エ 全くできない オ もともとやらない/必要ない						
買物	：	<input type="checkbox"/> ア	<input type="checkbox"/> イ	<input type="checkbox"/> ウ	<input type="checkbox"/> エ	<input type="checkbox"/> オ (特記事項：)
公共交通機関を使った外出	：	<input type="checkbox"/> ア	<input type="checkbox"/> イ	<input type="checkbox"/> ウ	<input type="checkbox"/> エ	<input type="checkbox"/> オ (特記事項：)
車の運転	：	<input type="checkbox"/> ア	<input type="checkbox"/> イ	<input type="checkbox"/> ウ	<input type="checkbox"/> エ	<input type="checkbox"/> オ (特記事項：)
(頻度、過去の事故・危険行動等：)						
日常金銭管理	：	<input type="checkbox"/> ア	<input type="checkbox"/> イ	<input type="checkbox"/> ウ	<input type="checkbox"/> エ	<input type="checkbox"/> オ (特記事項：)
家事	：	<input type="checkbox"/> ア	<input type="checkbox"/> イ	<input type="checkbox"/> ウ	<input type="checkbox"/> エ	<input type="checkbox"/> オ (特記事項：)
服薬(薬剤管理)	：	<input type="checkbox"/> ア	<input type="checkbox"/> イ	<input type="checkbox"/> ウ	<input type="checkbox"/> エ	<input type="checkbox"/> オ (特記事項：)
【ADL】 ① 一人で問題なくできる ② 見守りや声がけを要する ③ 一部介助を要する ④ 全介助を要する						
入浴	：	<input type="checkbox"/> ①	<input type="checkbox"/> ②	<input type="checkbox"/> ③	<input type="checkbox"/> ④	着替え： <input type="checkbox"/> ① <input type="checkbox"/> ② <input type="checkbox"/> ③ <input type="checkbox"/> ④ 排泄： <input type="checkbox"/> ① <input type="checkbox"/> ② <input type="checkbox"/> ③ <input type="checkbox"/> ④
身だしなみ(整容)	：	<input type="checkbox"/> ①	<input type="checkbox"/> ②	<input type="checkbox"/> ③	<input type="checkbox"/> ④	食事： <input type="checkbox"/> ① <input type="checkbox"/> ② <input type="checkbox"/> ③ <input type="checkbox"/> ④ 家の中での移動： <input type="checkbox"/> ① <input type="checkbox"/> ② <input type="checkbox"/> ③ <input type="checkbox"/> ④
歩行	：	<input type="checkbox"/> ①	<input type="checkbox"/> ②	<input type="checkbox"/> ③	<input type="checkbox"/> ④	受信者に伝えたいこと()
その他(地域とのつながりや趣味、生活歴、日常の活動状況、飲酒習慣など)						
利用している(していた)生活支援サービス(例：配食、見守り、障害者支援)(内容、頻度、利用期間等)						

○介護保険サービスの利用状況等

介護予防・日常生活支援総合事業： <input type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/> 該当	
介護認定： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 申請中(予定) <input type="checkbox"/> 有 → <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	
認定期間：平成()年()月()日～平成()年()月()日	
認知症高齢者の日常生活自立度判定基準 <input type="checkbox"/> Ⅰ <input type="checkbox"/> Ⅱa <input type="checkbox"/> Ⅱb <input type="checkbox"/> Ⅲa <input type="checkbox"/> Ⅲb <input type="checkbox"/> Ⅳ <input type="checkbox"/> Ⅴ <input type="checkbox"/> Ⅵ <input type="checkbox"/> Ⅶ <input type="checkbox"/> Ⅷ <input type="checkbox"/> Ⅷ不明	
日常生活自立度(寝たきり度)判定基準： <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2 <input type="checkbox"/> 不明	
現在、利用している介護サービス(名称、週当たり延べ時間・回数等) ※ケアプランなど資料添付でも可	
<input type="checkbox"/> 訪問介護()	<input type="checkbox"/> 訪問看護()
<input type="checkbox"/> 訪問リハ()	<input type="checkbox"/> 通所介護(デイサービス)()
<input type="checkbox"/> 通所リハ(デイケア)()	<input type="checkbox"/> ショートステイ()
<input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 利用なし
過去、利用していた介護サービス(種別、利用期間、頻度、利用をやめた理由等)	

○医療の状況

現病歴 受診機関 治療経過 等	
現在の処方	※処方箋など資料添付でも可
既往歴	