

【退院時情報共有(提供)書】

記入者名:

面談日時	年 月 日 () 時 分 ~ 時 分	場 所			
面談参加者	病院の連絡窓口(所属)		()		
利用者	氏名	ふりがな	性別	生年月日	生 年 月 日 歳
	住所	〒		電話番号	
要介護度等	<input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 区分変更中 <input type="checkbox"/> 新規申請中 <input type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/> 事業対象者 <input type="checkbox"/> 要支援 1 2 <input type="checkbox"/> 要介護 1 2 3 4 5 認定日(年 月 日) 有効期間(年 月 日 ~ 年 月 日)				
入院の原因となった病名			合併症		
既往病歴			入院日	年 月 日	
			退院予定日	年 月 日頃	
病院主治医			在宅主治医		
病院主治医から患者・家族への病状の説明内容と患者・家族の受け止め方					
本人・家族の今後の希望					
A D L	自立	見守り	一部介助	全介助	該当する事項を記入
移動方法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ベッド・ストレッチャー <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 杖使用 <input type="checkbox"/> 歩行器使用 <input type="checkbox"/> 装具・補装具使用
移乗方法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 移乗不可
口腔清潔	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	義歯: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 口腔ケア、咀嚼、嚥下の問題: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()
食 事	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 治療食 (<input type="checkbox"/> kcal <input type="checkbox"/> 糖尿病食 <input type="checkbox"/> 高血圧食 <input type="checkbox"/> 腎臓病食 <input type="checkbox"/> その他 ()) 主食: <input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> ミキサー (摂取量 割) 副食: <input type="checkbox"/> 通常 <input type="checkbox"/> 一口大 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> みじん切り <input type="checkbox"/> ミキサー (<input type="checkbox"/> ところみ付) (摂取量 割)
	更 衣	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
入 浴	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	入浴の制限: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> 清拭 <input type="checkbox"/> その他 ())
排 泄	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	便意: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 () 尿意: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ()
					場所: <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> リハビリパンツ (<input type="checkbox"/> 常時 <input type="checkbox"/> 夜間のみ)
服薬管理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(処方薬)
					薬物アレルギー: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () 訪問薬剤管理指導の必要: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
認知症	<input type="checkbox"/> 自立	<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"/> M 特記事項()
寝たきり度	<input type="checkbox"/> 自立	<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 特記事項()
医療措置	<input type="checkbox"/> 在宅酸素療法 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> その他経管栄養 <input type="checkbox"/> 自己注射 ()				
	<input type="checkbox"/> 尿道カテ <input type="checkbox"/> ストマ <input type="checkbox"/> じょくそう <input type="checkbox"/> その他 ()				
感染症	<input type="checkbox"/> HBV <input type="checkbox"/> HCV <input type="checkbox"/> MRSA : <input type="checkbox"/> 保菌 <input type="checkbox"/> 発症 (部位: <input type="checkbox"/> 痰 <input type="checkbox"/> 血液 <input type="checkbox"/> 尿 <input type="checkbox"/> 創部) <input type="checkbox"/> その他 ()				
家族への介護指導	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	指導内容: 家族の理解状況: <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不十分 (問題点:)			
療養上の問題	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 不穏 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 危険行為 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 意思疎通困難 <input type="checkbox"/> その他 ()			
リハビリ関係(リハビリから確認)					

【裏面あり】

特記事項

○介護者の連絡先

家族構成図

主…主介護者 ☆…キーパーソン ○…女性 □…男性

○緊急入院希望

無 有

○看取りの方針(年 月 日現在)

無 有 (在宅看取り 施設看取り 入院看取り 未定)
(希望者: 本人 家族)

○障害者手帳の有無

身体 知的 精神 (程度:)

○特定疾患の有無

無 有 ()

○身体機能(四肢麻痺、筋力低下、視力障害、聴力障害、言語障害、皮膚の疾患の有無など)

○ADLの詳細(特に配慮が必要な内容等)

○入院に至る経緯(入院時にケアマネが決まっていない場合のみ記入)

○経済状況(入院時にケアマネが決まっていない場合のみ記入)

年金 無 有 (種類:) 生活保護(担当CW)

その他の収入 無 有 (内容:)

○退院までのタイムスケジュール(予定)

○その他

在宅で必要となる機器、衛生材料、薬品等がある場合は、その製品名、サイズなどの詳細