

退院時情報共有シート (医療機関 ⇒ 介護支援専門員)

作成日：平成 年 月 日

医療機関名： 担当者名： 電話： FAX：

| | | | | | | | | | | | | |
|--|---|----------------------------|---|--------------------------|---|---|-------|---|----|-----|-----------|--|
| 氏名 | | | 生年月日 | 明・大・昭 日 | 年 | 月 | 年齢 | 歳 | 性別 | 男・女 | | |
| 面談日時 | 平成 年 月 日 () | | 午前・午後 | 時 | 分 | 分 | 場所 | | | | | |
| 面談者 | | | 病院の連絡窓口(所属) | | () | | | | | | | |
| 入院の原因となった病名 | * 診療情報提供書参照 | | 合併症 | | * 診療情報提供書参照 | | | | | | | |
| 既往歴 | * 診療情報提供書参照 | | 入院日 | | 平成 年 月 日 | | 退院予定日 | | | | 平成 年 月 日頃 | |
| 病院主治医 | | | 在宅主治医 | | | | | | | | | |
| 介護認定 | <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"/> 負担割合 割 要支援 1 2 要介護 1 2 3 4 5 有効期間(平成 年 月 日~平成 年 月 日) | | | | | | | | | | | |
| 他法関係 | <input type="checkbox"/> 生保(担当者) <input type="checkbox"/> 身障 <input type="checkbox"/> 難病() <input type="checkbox"/> その他() | | | | | | | | | | | |
| ◎病院からの患者・家族への病状の説明内容と患者・家族の受けとめ方、患者・家族の今後の希望 | | | | | | | | | | | | |
| 家族等 | 世帯： <input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 他(同居者：) | | 主介護者() | | キーパーソン() | | | | | | | |
| | 緊急連絡先：氏名 | | 住所 | | 続柄 | | | | | | | |
| ADL | 自立 | 見守り | 一部介助 | 全介助 | 病棟での様子(特記あれば記入) | | | | | | | |
| 移動方法 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <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・補助具使用 | | | | | | | |
| 移乗方法 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | |
| 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"/> 糖尿病食 <input type="checkbox"/> 高血圧食 <input type="checkbox"/> 腎臓病食 <input type="checkbox"/> その他) <input type="checkbox"/> 経管栄養 主食： <input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> アチビー (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"/> 極小刻み <input type="checkbox"/> ミキサー (<input type="checkbox"/> とろみ付) (摂取量 割) 水分摂取量：1日 rとろみ剤使用： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | | | | | | | |
| 更衣 | <input type="checkbox"/> | <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"/> | 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) | | | | | | | |
| 服薬管理 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | |
| 認知症 | <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 | <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 | | | | | | | | | |
| 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() | | | | | | | | | | | |
| 医療処置 | <input type="checkbox"/> バルーンカテーテル <input type="checkbox"/> ストマ <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> その他() 処置の対応方法 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> その他() | | | | | | | | | | | |
| 家族への介護指導 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ⇒ 理解状況 <input type="checkbox"/> 十分 <input type="checkbox"/> 不十分 (問題点：) | | | | | | | | | | | |
| 感染症 | <input type="checkbox"/> HBV <input type="checkbox"/> HCV MRSA：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 | | | | | | | | | | | |
| ◎今後の治療(治療内容・服薬・受診予定・退院後の注意点等) | | | | | | | | | | | | |
| ◎リハビリ目標：リハビリ開始時点(FIM得点： 点) >> 現時点(FIM得点： 点) | | | | | | | | | | | | |
| 備考欄 | | | | | | | | | | | | |