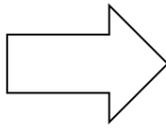


退院時 (病院・診療所→事業所)

病院・診療所名	
部署・作成者	
TEL / FAX	/
退院日	年 月 日
作成日	年 月 日
情報提供日	年 月 日



事業所(施設)名	
担当者	
TEL / FAX	/
情報受取日	年 月 日

本シートは、医療・介護関係者がご本人の支援のために必要な情報を共有することを目的としています。
以下の情報は、ご本人及びご家族の同意を得て提供しています。よろしくお願いたします。

フリガナ	生年月日		年齢	性別
氏名	□ 明 □ 大 □ 昭 年 月 日		歳	□ 男 □ 女
住所	〒		電話(自宅)	職業
			電話(携帯)	
			FAX	
家族構成	住宅環境	□ 戸建 □ 集合住宅 □ 有 □ 無		
◎:本人 □:男性 ○:女性 ■●:死亡 主:主介護者 副:副介護者 ☆:キーパーソン <input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 日中独居 <input type="checkbox"/> 高齢者世 <input type="checkbox"/> 子と同居 <input type="checkbox"/> その他 ()	住宅環境	□ 戸建 □ 集合住宅 □ 有 □ 無		
	年金等の種類	□ 国民年金 □ 厚生年金 □ 遺族年金 □ 障害年金 □ その他 () □ 無年金		住宅改修の有無 □ 無 □ 有 ()
	健康保険	□ 国保 □ 後期高齢 □ 健保 □ 生活保護 □ その他 ()		
	障害等認定	□ 身体 (級) □ 療育 () □ 精神 (級) □ 特定疾患 ()		
	要介護度	□ 未申請 □ 申請中 □ 区分変更中 □ 事業対象者		介護保険自己負担割合
	要支援 □ 1 □ 2 要介護 □ 1 □ 2 □ 3 □ 4 □ 5		□ 有 (割) □ 無	
	有効期限 (年 月 日 ~ 年 月 日)		□ 不明	
これまでの生活歴(職歴, 趣味, 生活状況など)				
緊急連絡先	氏名	続柄	年齢	住所
			電話番号	本人との関わり
				□ 有 □ 無 □ 不明
				□ 有 □ 無 □ 不明
				□ 有 □ 無 □ 不明
家族の介護力及び特記事項				

障害高齢者の日常生活自立度	□ 自立 □ J1 □ J2 □ A1 □ A2 □ B1 □ B2 □ C1 □ C2	□ 医師等の判断
認知症高齢者の日常生活自立度	□ 自立 □ I □ IIa □ IIb □ IIIa □ IIIb □ IV □ M	□ ケアマネジャーの判断

入院期間	年 月 日 ~ 年 月 日 予定	手術	□ 無 □ 有
現在治療中の疾患			
既往歴			
入院までの経緯等			
傷病の経過及び治療経過			
本人・家族への退院前指導の内容	説明を聞いた相手: □ 本人 □ 家族 □ その他 ()		
	本人	家族	
療養に関する意向等	リビングウィル等の意思表示		
	□ 有 □ 無	確認日	年 月 日
	確認相手 □ 本人 □ 家族 (氏名:)	□ その他 (氏名:)	
感染症	□ 無 □ 有	(感染症名)	

					在宅での生活のようす		
寝返り	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
起き上がり	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
座位保持	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
立位保持	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
移動	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
移乗	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
立位作業	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
立ち上がり	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
更衣	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
食 事	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	食形態	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> ソフト食 <input type="checkbox"/> パースト食 <input type="checkbox"/> とろみ <input type="checkbox"/> 経管栄養 (方法: _____ 内容: _____ 量: _____)	
					制限	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 熱量 (_____ kcal) <input type="checkbox"/> 塩分 (_____ g) <input type="checkbox"/> 水分 (_____ ml) <input type="checkbox"/> その他 (_____)	
					食事回数	回/日 (朝: _____ 時頃 昼: _____ 時頃 夜: _____ 時頃)	
口腔ケア	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	口腔環境	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良 <input type="checkbox"/> 著しく不良	
					義歯	上 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 使用 <input type="checkbox"/> 未使用) 下 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 使用 <input type="checkbox"/> 未使用)	
					嚥下(むせ)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 常に <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> 稀に) <input type="checkbox"/> 咀嚼 <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良	
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	排尿	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	排尿	<input type="checkbox"/> 自排尿 <input type="checkbox"/> 間欠導尿 <input type="checkbox"/> 留置カテーテル	
					尿意	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (排尿回数 _____ 回/日 導尿回数 _____ 回/日)	
					日中	<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"/> その他 (_____)	
					夜間	<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"/> その他 (_____)	
	排便	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	排便	回/ _____ 日 _____ 週 <input type="checkbox"/> 便意 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
						日中	<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"/> その他 (_____)
服薬管理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	処方薬	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (_____) <input type="checkbox"/> 別紙参照	
					薬剤管理	<input type="checkbox"/> 自己管 <input type="checkbox"/> 他者管理	
					服薬状況	<input type="checkbox"/> 処方どおり服用出来る <input type="checkbox"/> 時々飲み忘れがある <input type="checkbox"/> 処方どおり服用出来ない <input type="checkbox"/> 投薬拒否	
					眠剤使用	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 睡眠の状態 <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良	
麻 痺	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 右上肢 <input type="checkbox"/> 右下肢 <input type="checkbox"/> 左上肢 <input type="checkbox"/> 左下肢	褥瘡	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (部位: _____)				
視 力	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 見えにくい <input type="checkbox"/> ほとんど見えていな <input type="checkbox"/> 見えているか判断出来ない	眼鏡の使用	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有				
聴 力	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 聞こえにくい <input type="checkbox"/> ほとんど聞こえない <input type="checkbox"/> 聞こえているか判断出来ない	補聴器の使用	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有				
コミュニケーション	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 概ね可能 <input type="checkbox"/> 簡単なものは可能 <input type="checkbox"/> 出来ない	意思伝達の方法	<input type="checkbox"/> 筆談 <input type="checkbox"/> 絵・カード <input type="checkbox"/> ジェスチャー <input type="checkbox"/> 手話 <input type="checkbox"/> その他 (_____)				
短期記憶	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや問題あり <input type="checkbox"/> 問題あり (特記事項)						
行動・精神症状等	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 幻覚・妄想 <input type="checkbox"/> 夜間不眠・不穏 <input type="checkbox"/> 意欲の低下 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 暴言・暴力 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> その他 (_____)						

退院後の支援について			
診療等	<input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 往診 <input type="checkbox"/> 訪問看護 紹介先医療機関等:		
医療的処置	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 痰吸引 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 経鼻栄養 <input type="checkbox"/> 経腸栄養 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 尿道カテーテル <input type="checkbox"/> 尿路ストーマ <input type="checkbox"/> 消化管ストーマ <input type="checkbox"/> 疼痛コントロール <input type="checkbox"/> 排便コントロール <input type="checkbox"/> 自己注射 (_____) <input type="checkbox"/> 透析 (_____ 回/週) <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> その他 (_____)		
看護	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 血圧 <input type="checkbox"/> 水分制限 (_____ ml) <input type="checkbox"/> 食事制限 (_____ kcal) <input type="checkbox"/> 食形態 (_____) <input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 口腔ケア <input type="checkbox"/> 入浴・清潔 <input type="checkbox"/> 血糖コントロール <input type="checkbox"/> 排泄 <input type="checkbox"/> 皮膚状態 <input type="checkbox"/> 睡眠状態 <input type="checkbox"/> 認知機能 <input type="checkbox"/> 精神状態 <input type="checkbox"/> 服薬指導 <input type="checkbox"/> ターミナルケア <input type="checkbox"/> 療養上の指導 (_____) <input type="checkbox"/> その他 (_____)		
リハビリ	目標・目的	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (_____)	
	内容	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 本人指導 <input type="checkbox"/> 家族支援 <input type="checkbox"/> 関節可動域 <input type="checkbox"/> 筋力増強 <input type="checkbox"/> バランス <input type="checkbox"/> 麻痺・筋緊張改善 <input type="checkbox"/> 起居・立位等動作 <input type="checkbox"/> 摂食・嚥下 <input type="checkbox"/> 言語 <input type="checkbox"/> ADL <input type="checkbox"/> IADL <input type="checkbox"/> 疼痛管理 <input type="checkbox"/> 装具・福祉用具等 <input type="checkbox"/> 社会参加支援 <input type="checkbox"/> 就労支援 <input type="checkbox"/> その他 (_____)	
禁忌事項	<input type="checkbox"/> 無 (内容・注意点)	<input type="checkbox"/> 有 (病状の予後・予測)	
介護サービス	訪問	<input type="checkbox"/> 訪問介護 (_____ 回/週) <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ (_____ 回/週) <input type="checkbox"/> 訪問看護 (_____ 回/週)	
	通所	<input type="checkbox"/> 通所介護 (_____ 回/週) <input type="checkbox"/> 通所リハビリ (_____ 回/週)	
	短期入所	<input type="checkbox"/> 生活介護 <input type="checkbox"/> 療養介護	
	福祉用具	<input type="checkbox"/> 福祉用具貸与 <input type="checkbox"/> 特定福祉用具販売	
	その他		
その他	退院後の注意点, 在宅生活に必要な支援等		