

様式2

退院支援情報共有シート

面談日時	日	令和 年 月 日 ( )				場 所											
	時間																
介護支援専門員						病院連絡窓口 (所属):連絡先 ( )	( )電話:										
ふりがな氏名						生年月日				年齢				性別			
住 所						電 話											
入院の原因となった病名						合併症											
既往歴						入院日	令和	年	月	日							
						退院予定日	令和	年	月	日頃							
						転院先	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 有の場合転院先の医療機関名										
病院主治医						在宅主治医											
要介護度	<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 事業対象者 要支援 1 2 要介護 1 2 3 4 5 認定日(令和 年 月 日) 有効期間(令和 年 月 日~令和 年 月 日)																
病院からの患者・家族への病状の説明内容と患者・家族の受け止め方																	
患者・家族の今後の希望																	
ADL	自立	見守り	一部介助	全介助	病棟での様子												
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"/>													
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( ) )												
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	主食: <input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> ミキサー (摂取量 割)												
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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(口とろみ付) (摂取量 割)												
水分摂取量:1日	ml とろみ剤使用 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし																
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"/>	便意: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 尿意: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無												
	<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"/> 夜間のみ )												
服薬管理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(処方薬)												
医療処置	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 自己注射( ) )												
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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( ) )												
家族への介護指導	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	有の場合、指導した内容( ) ) 有の場合、理解の状況は: <input type="checkbox"/> 十分 <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( ) )															
感 染 症	<input type="checkbox"/> HBV <input type="checkbox"/> HCV	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( ) )															
看護上の注意点(看護師などから確認):																	
リハビリ目標(リハビリから確認):																	
備考																	
回目	聞き取り日	情報提供者名・職種															
( 回目)	年 月 日	<input type="checkbox"/> 医師( ) <input type="checkbox"/> 看護師( ) <input type="checkbox"/> リハ職( ) <input type="checkbox"/> MSW( ) <input type="checkbox"/> ( )															
( 回目)	年 月 日	<input type="checkbox"/> 医師( ) <input type="checkbox"/> 看護師( ) <input type="checkbox"/> リハ職( ) <input type="checkbox"/> MSW( ) <input type="checkbox"/> ( )															

この情報を提供することについて、ご本人またはご家族から同意をいただいています。

Blank area for notes.