

病院名

退院時情報提供シート（医療機関 ⇒ ケアマネジャー）

氏名				生年月日	明・大・昭	年	月	日	年齢	歳	性別	男・女	
住所				電話番号	自宅番号:			携帯番号:					
経済状況	<input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 年金 【種類: <input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 共済年金 <input type="checkbox"/> その他()】												
病棟の連絡窓口(所属)	()			退院時情報提供シート記入者									
入院の原因となった病名				合併症									
既往歴				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									
障がい等の認定	手帳等 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(<input type="checkbox"/> 身体 <input type="checkbox"/> 精神 <input type="checkbox"/> 療育 <input type="checkbox"/> 難病[特定疾患]) <input type="checkbox"/> 申請中 (<input type="checkbox"/> 身体 <input type="checkbox"/> 精神 <input type="checkbox"/> 療育 <input type="checkbox"/> 難病[特定疾患])												
介護認定	<input type="checkbox"/> 無 (<input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 新規申請中 <input type="checkbox"/> 非該当) <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 区分変更中) <input type="checkbox"/> 事業対象者 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)												
◎病院からの患者・家族への病状の説明内容													
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()												
	家族以外の支援者: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()												
	緊急連絡先:氏名			住所			続柄			電話			
ADL	自立	見守り	一部介助	全介助	病棟での様子(空欄に特記)								
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(Kcal <input type="checkbox"/> 糖尿病食 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 (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 ml 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											
理解力	問題: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (特記事項)												
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"/> パルーンカテーテル <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"/> 経鼻 <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: <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()												
禁忌事項(禁忌動作含む)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ⇒												
◎今後の治療等(治療内容・服薬・受診予定・退院後の注意点・リハビリ目標等)													