

病院名

退院支援情報収集シート（ケアマネジャー用）

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()】							
面談日時	令和 年 月 日()午前・午後 時 分 ~ 時 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			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"/>				
	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)