

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                      | 令和 年 月 日  |  |       |    |     |  |
|                      |   |   |                          | 退院予定日                    | 令和 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] )<br><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 )<br><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(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 |   |   |                          |                          |   |  |       |    |     |  |
| 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 <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<br>主食: <input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> ミキサー (摂取量 割)<br>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)<br>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"/> 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"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> その他( )<br>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)