

様式2 退院支援情報共有シート(徳之島地区)

医療機関 ⇒ 介護支援専門員

情報提供先(事業所・担当ケアマネ名)

様

年 月 日作成

医療機関名	Tel		作成者	職種:	氏名:
情報共有日	年	月	日	形式	<input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> FAX <input type="checkbox"/> 面談 <input type="checkbox"/> カンファレンス
患者氏名・性別	男・女		生年月日	明・大・昭	年 月 日 年齢 歳
入院期間	入院日:	年 月 日	~ 退院(予定)日:	年 月 日	
入院の原因となった病名・状態像			合併症		
特定医療費受給者証 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (疾患名:)					
障害者手帳 <input type="checkbox"/> 身体 <input type="checkbox"/> 知的 <input type="checkbox"/> 精神 ()			生保受給 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (担当CW名:)		
病院主治医			在宅主治医		
バイタル(退院前)	(月 日) 血圧:	/	mmHg, 体温:	°C, 脈:	回/分 身長 cm 体重 Kg

病院から患者・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

入院中の他科受診	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()
退院後受診医療機関	本院・在宅医・その他(), 次回受診予定日: 年 月 日
リハビリの継続性	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()
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"/> T字 <input type="checkbox"/> 四点 <input type="checkbox"/> その他) <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"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 全義歯 <input type="checkbox"/> 部分) 栄養管理情報書の添付: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 *「有」の場合は, 以下の食事欄の記載は省略 <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
食 事	主食: <input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> ミキサー, 水分制限: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (ml/日), とりみ剤使用: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 副食: <input type="checkbox"/> 通常 <input type="checkbox"/> ひとくち大 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> 極小刻み <input type="checkbox"/> ミキサー (<input type="checkbox"/> とりみ付) <input type="checkbox"/> ソフト食 (摂取量: 割) アレルギー: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (), 食への意欲 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 摂取方法: <input type="checkbox"/> 箸 <input type="checkbox"/> スプーン <input type="checkbox"/> その他 (), 嚥下障害 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 嫌いな物: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()
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"/> 浴槽 <input type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> 清拭 <input type="checkbox"/> その他:) 日中: <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ホータブル <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> オムツ, 夜間: <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ホータブル <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> オムツ
排 泄	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 排尿回数: (回/日), 排便回数: (回/日), 失禁: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 時々有 <input type="checkbox"/> 常時 下剤使用: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (薬剤名:), 最終排便日: 年 月 日
服薬管理	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 薬の管理や副作用等での留意点: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (幻視・幻聴・興奮・不穏・妄想・暴力・介護への抵抗・昼夜逆転・不眠・徘徊・不潔行為・危険行為・意思疎通困難・その他:)
療養上の問題	視力(普通・眼鏡・視野狭窄・視野欠損・全盲), 聴力(普通・やや難聴・難聴・補聴器) キーパーソン: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (連絡先:) <input type="checkbox"/> その他()
医療処置	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (パルカテテル・ストマ・インスリン・喀痰吸引・胃ろう・じょくそう・気管切開・在宅酸素 器・その他:), 家族での対応: <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可
感染症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有: <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

◆療養上注意する事項・その他

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。

別紙: 無 有