

# 入院時情報提供シート

御担当者様

(宛先医療機関名)

事業所名	
担当者名	
電話番号	
FAX番号	

氏名			生年月日	明・大・昭 年 月 日	年齢	歳	性別	男・女
緊急時連絡先	氏名	住所(市町村)			続柄	電話番号		
家族構成図		住環境	□一戸建 □集合住宅 ( 階建て 階)エレベーター □有 □無					
主…主介護者 ☆…キーパーソン ○…女性 □…男性	在宅主治医	医療機関名( ) TEL: ( )						
	要介護度	□申請中 □区分変更中 要支援 1 2 要介護 1 2 3 4 5						
	障害者手帳等の有無	□身体 □療育手帳 □精神 (障害名: ( ) (等級: ( )))						
	サービス利用状況							
□訪問介護( 回/週) □訪問看護( 回/週) □通所介護( 回/週)								
□通所リハビリ( 回/週) □訪問リハ( 回/週) □短期入所( 回/週)								
□福祉用具貸与(内容: ( ))								
□その他( ( ))								
ADL	自立	見守り	一部介助	全介助	要支援は必要事項のみ記入			
移動方法	□	□	□	□	□車いす □杖使用 □歩行器使用 □装具・補助具使用			
口腔	□	□	□	□	義歯: □有 □無 汚れ: □きれい □少し汚れている □ひどく汚れている 咀嚼: □良くかめる □少しかみにくい □かめない □の開閉: □開ける □開きにくい □開かない			
食事	□	□	□	□	□普通食 □治療食 ( □糖尿病食 □高血圧食 □腎臓病食 □その他)			
					主食: □米飯 □全粥 □ミキサー 水分: □とろみ剤使用 □あり □なし			
					副食: □通常 □一口大 □刻み □極小刻み □ミキサー(□とろみ付)			
					嚥下及び食事にかかる時間等と問題点( ( ))			
更衣	□	□	□	□				
入浴	□	□	□	□	□自宅(浴室) □訪問入浴 □通所系サービス			
排泄	□	□	□	□	場所: □トイレ □ポータブル □尿器 □オムツ			
服薬管理	□	□	□	□				
既往症								
感染症	□無 □有 (病名: □HBV □HCV □その他 ( ))							
難聴・補聴器	難聴: □無/□有 補聴器使用: □無/□有							
療養上の問題	□無 □有( □認知症 [□軽度/□重度] □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 □危険行為 □不潔行為 □意思疎通困難 □その他( ( )) )							
医療処置	□バルーンカテーテル □ストマ □気管切開 □喀痰吸引 □胃ろう □じょくそう □その他( ( ))							
家族の理解力・介護力								
連絡事項等(病気に対する本人・家族の思い、日中の生活・活動状況、在宅での目標、看取りについての考え)								

(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。)

※病棟看護師・ワーカーの皆様への依頼事項(以下は会津・南会津医療圏域の退院調整ルールによるものです。)

○患者入院後の7~10日程度の時点で、退院後に在宅(自宅)に戻れそうかどうかを見極め(判断)の上、在宅に戻れる・戻れないに関わらず(未定も含む)、一旦その時点で判断について担当ケアマネまで電話連絡願います。(患者状態の把握。)

○「在宅に戻れる見込み」連絡後、改めて退院日の7~10日前までに、担当ケアマネまで電話連絡をお願いします。(退院調整開始。)

※退院後在宅に戻れるかどうかの判断とその連絡、退院許可見込みの早めの連絡が、患者の退院後の入院の切れ目ない安心した生活につながります。お手数でも早めの見込みの連絡に御協力いただきますようお願いいたします。

# 退院調整共有情報

担当ケアマネ( )

氏名			生年月日	明・大・昭	年	月	日	年齢	歳	性別	男・女
面談日時	平成 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			退院予定日		平成 年 月 日頃						
病院主治医			在宅主治医								
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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	義歯: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 汚れ: <input type="checkbox"/> きれい <input type="checkbox"/> 少し汚れている <input type="checkbox"/> ひどく汚れている 咀嚼: <input type="checkbox"/> 良 <sub>く</sub> かめる <input type="checkbox"/> 少しかみにくい <input type="checkbox"/> かめない 口の開閉: <input type="checkbox"/> 開ける <input type="checkbox"/> 開きにくい <input type="checkbox"/> 開かない						
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"/> 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(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 嚥下及び食事にかかる時間等と問題点( )						
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: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						
服薬管理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
療養上の問題	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( <input type="checkbox"/> 認知症[ <input type="checkbox"/> 軽度/ <input type="checkbox"/> 重度] <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"/> 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、理解の状況は: <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: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										
リハビリ目標を含めた退院後の療養における注意事項(リハビリから確認):											
備考欄											

※この様式は、退院前に調整するにあたり、ケアマネジャーが最低限病院等から伺いたい「項目」をまとめたものです。  
 ※退院時に看護サマリー(退院時看護要約等)・服薬情報の提供をお願いいたします。