

【 _____ ⇒ _____ 担当 _____ 様】
 病院名 居宅介護支援事業所名

退院調整共有情報シート

連絡窓口・担当者	.			電話/FAX	/		
(ふりがな) 氏名					性別	<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女
生年月日	年	月	日	年齢	歳		
住所	<input type="checkbox"/> 入院時情報提供と同様			電話番号	<input type="checkbox"/> 入院時情報提供と同様		
記入日	年	月	日	記入者			
病院主治医				在宅主治医			
入院の原因となった病名							
入院日	年	月	日	身長	cm	体重	kg
退院(予定)日	年	月	日				
緊急時連絡先	<input type="checkbox"/> 入院時情報提供と同様 ○:キーパーソン ◆:主な介護者 を太枠内に記入						
	(ふりがな) 氏名	住所		続柄	電話番号		
家族構成	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 同居(人)						
介護認定	無(<input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 申請中(年 月 日 申請)				区分変更	<input type="checkbox"/> 要	
	有(<input type="checkbox"/> 要支援 <input type="checkbox"/> 要介護)					<input type="checkbox"/> 不要	
既往歴 (医療処置は詳しく)	※書き切れない場合は、別紙もしくはカンファレンス等での伝達も可						
希望する福祉サービス	<input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 訪問リハ <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 通所リハ <input type="checkbox"/> 短期入所 <input type="checkbox"/> 訪問診療(かかりつけ医) <input type="checkbox"/> 宅配食 <input type="checkbox"/> ベッド <input type="checkbox"/> エアーマット <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> その他介護用品() <input type="checkbox"/> その他()						
現在の治療状況	●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						
	●医師からの在宅助言、留意点、今後の治療方針について						

ADL	自立	見守り	介一助部	全介助	リハビリ目標 (リハビリから確認)	制限事項 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
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"/> 歩行器使用 <input type="checkbox"/> 杖使用 <input type="checkbox"/> 装具・補助具使用 <input type="checkbox"/> 麻痺()	
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"/>	<input type="checkbox"/> 義歯 (<input type="checkbox"/> 全義歯 <input type="checkbox"/> 部分)	
食 事	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 禁食 <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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	主食 <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> ペースト	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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"/> ペースト (摂取量 割)	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	水分摂取量:1日 ml とろみ剤使用 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
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"/>	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"/> パット <input type="checkbox"/> 紙オムツ <input type="checkbox"/> フラット) 失禁: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 尿失禁 <input type="checkbox"/> 便失禁	
服薬管理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
生活上の問題	<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()					
認知症高齢者の日常生活自立度	<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					
医療処置	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 吸入 <input type="checkbox"/> 在宅酸素療養 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 経鼻胃管 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 腸ろう <input type="checkbox"/> ストマ <input type="checkbox"/> 自己導尿 <input type="checkbox"/> バルーンカテーテル <input type="checkbox"/> 血液透析 <input type="checkbox"/> 腹膜透析 <input type="checkbox"/> インスリン自己注射 <input type="checkbox"/> 疼痛管理 <input type="checkbox"/> 創処置 <input type="checkbox"/> 褥瘡(部位:) <input type="checkbox"/> その他()					
家族への介護指導	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	介護者の健康状況		例:老老介護、介護力、ネグレクト		
感染症(保菌)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> HBV <input type="checkbox"/> HCV MRSA:保菌(部位 <input type="checkbox"/> 咽頭 <input type="checkbox"/> 鼻腔 <input type="checkbox"/> 褥瘡) <input type="checkbox"/> その他()					アレルギー
						<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
備考						
退院時提供予定書類	<input type="checkbox"/> 看護サマリー <input type="checkbox"/> リハビリテーションに関する書類 <input type="checkbox"/> 在宅主治医への情報					