

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	<input type="checkbox"/> 一戸建 <input type="checkbox"/> 集合住宅 (階建て 階)エレベーター <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 身体 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 精神 (障害名:) (等級:)							
	サービス利用状況								
	<input type="checkbox"/> 訪問介護(回/週) <input type="checkbox"/> 訪問看護(回/週) <input type="checkbox"/> 通所介護(回/週) <input type="checkbox"/> 通所リハビリ(回/週) <input type="checkbox"/> 訪問リハ(回/週) <input type="checkbox"/> 短期入所(回/週) <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与(内容:) <input type="checkbox"/> 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	<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				
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"/> 良くかめる <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"/> 糖尿病食 <input type="checkbox"/> 高血圧食 <input type="checkbox"/> 腎臓病食 <input type="checkbox"/> その他)				
					主食: <input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> ミキサー 水分:とろみ剤使用 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし				
					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(とろみ付)				
					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"/>	<input type="checkbox"/> 自宅(浴室) <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 通所系サービス				
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"/>					
既往症									
感染症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (病名: <input type="checkbox"/> HBV <input type="checkbox"/> HCV <input type="checkbox"/> その他)								
難聴・補聴器	難聴: <input type="checkbox"/> 無/ <input type="checkbox"/> 有 補聴器使用: <input type="checkbox"/> 無/ <input type="checkbox"/> 有								
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します。

(会津・南会津用)

平成 年 月 日

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 _く 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 与え方: <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。