

# 退院支援情報提供シート (

病院⇒在宅担当者)

記入日 年 月 日

情報提供日 年 月 日

情報提供者	担当者( )		TEL( )	-	内線( )	FAX( )	-
	主治医( 科 Dr)			メールアドレス			
ふりがな氏名	生年月日		<input type="checkbox"/> 明	<input type="checkbox"/> 大	<input type="checkbox"/> 昭	年 月 日	年齢 歳 性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
住所	〒				電話番号		
緊急連絡先	氏名		住所		続柄	電話番号	
	〒		〒				
家族構成図			かかりつけ医	医療機関名	TEL	訪問診療 <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要	
主…主介護者 ☆…キーパーソン ○…女性 □…男性			かかりつけ歯科医	医療機関名	TEL		
			かかりつけ薬局	薬局名	TEL		
診断名			要介護度	<input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 区分変更中 <input type="checkbox"/> 要支援( ) <input type="checkbox"/> 要介護( ) <input type="checkbox"/> 未申請			
			地域連携バス適応	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	パス名( )	<input type="checkbox"/> 無	特定疾患医療受給者証 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
			障害者手帳	<input type="checkbox"/> 有( <input type="checkbox"/> 身体 <input type="checkbox"/> 療育 <input type="checkbox"/> 精神 ) ( 級 ) <input type="checkbox"/> 無( <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 申請予定 )			
			残存する障害	麻痺 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( 部位 ) 言語 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( <input type="checkbox"/> 構音障害 <input type="checkbox"/> 失語症 )			
入院経過							
ADL	自立	見守り	一部介助	全介助			
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 介護タクシー: <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要		
口腔内	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	義歯: <input type="checkbox"/> 有( <input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 ) <input type="checkbox"/> 無 嚥下障害: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 口腔清掃: <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 悪		
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 } <input type="checkbox"/> 食形態連携表参照			
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 )			
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( <input type="checkbox"/> 浴槽 <input type="checkbox"/> シャワーのみ ) <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 通所系サービス <input type="checkbox"/> 清拭のみ		
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"/> 夜間のみ )		
服薬管理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	薬物アレルギーの有無 <input type="checkbox"/> 有 薬剤名( ) <input type="checkbox"/> 無		
日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2						
認知症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<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 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"/> 在宅酸素療法 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 尿道カテ <input type="checkbox"/> ストマ						
	<input type="checkbox"/> じょくそう <input type="checkbox"/> 自己注射 ( ) <input type="checkbox"/> 麻薬使用 ( <input type="checkbox"/> 内服 <input type="checkbox"/> 貼付 <input type="checkbox"/> 座薬 <input type="checkbox"/> 頓用 <input type="checkbox"/> 持続皮下注 ) その他 ( )						
家族の介護力	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 日中独居 <input type="checkbox"/> 高齢世帯 <input type="checkbox"/> サポートできる家族や支援者が不在 <input type="checkbox"/> 家族が要介護状態/認知症である <input type="checkbox"/> その他 ( )						
患者・家族の退院後の希望							
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。(2019年3月第3ネットワーク専門部会2発行)  
この情報は、 年 月 日現在のものです。