

退院時情報提供シート(病院⇒ケアマネジャー) ※原則ケアマネジャーが聞き取ること

病院名		➔	事業所名	
連絡窓口・担当者名	☎		担当者名	☎

フリガナ氏名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日		年齢		歳
住所		電話		携帯				

病院主治医 (診療科)	()	在宅主治医	
病名 (入院理由)		入院期間	~

緊急時連絡先	氏名	続柄	住所	電話番号	備考(連絡時間帯等)

↳ ☆: キーパーソン 主: 主介護者 副: 副介護者 家族構成 独居 同居 (人)

介護認定 未申請 申請中 (新規 更新 区変) (月 日) 事業対象者 要支援 要介護

既往歴 (医療処置は詳細を記載) ※入院の経緯	
-------------------------	--

治療内容等	①患者及び家族への病状説明内容(告知の有無を含む)、患者・家族の受け止め方、患者・家族の今後の希望など ②今後の治療方針等(治療方針・受診計画・訪問看護の必要性及び指示内容、住宅改修の必要性など)
-------	---

最終入浴日 平成 年 月 日 医師の入浴許可 無 有 最終排便日 平成 年 月 日

退院後受診機関 当院 在宅医 その他 医療機関名: 担当医師名: 次回受診日: 平成 年 月 日 () : ~

リハビリ 無 有 (内容:) リハビリ継続の必要性 無 有

内服薬 (退院時、何日分処方されているか) 眠剤の有無 無 有 安定剤の有無 無 有

ADL等	自立	見守	一部	全介	病棟での様子
移動	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 装具・補助具 <input type="checkbox"/> 麻痺の有無 ()
移乗	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
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"/> その他 具体的内容 ()
					主食 <input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 粥 <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> ペースト 摂取量 ()
					副食 <input type="checkbox"/> 通常 <input type="checkbox"/> 一口大 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> ペースト 摂取量 ()
					水分摂取 (1日 ml) 制限 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (1日 ml) とろみ剤 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
着脱	<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"/> 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"/>	<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"/> 尿とりパット
口腔清潔	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 義歯 (<input type="checkbox"/> 総義歯 <input type="checkbox"/> 部分義歯) <input type="checkbox"/> 義歯なし

認知症問題行動 無 有 幻視・幻聴 興奮 不穏 暴力 介護への抵抗 昼夜逆転 不潔行為 () 危険行為 意思疎通困難 その他 ()

医療処置 パルーンカテーテル ストマ 気管切開 喀痰吸引 胃ろう 褥瘡 その他 ()

感染症 HBV HCV 梅毒 MRSA (保菌部位:) その他 () 検査なし 不明

アレルギー 無 有 ()

備考 (療養上の注意事項、入院中(日中・夜間)の様子、介護保険サービスの利用開始時期など)