取 扱 注 意

提出方法

　□メール

　□ＦＡＸ

　□手渡し

※このシートは、患者様の個人情報を含んでいるので、適切に管理してください。

　　　　　　　　　平成　　年　　月　　日　　　　　　　　　　　　　　　　　　１回目　記入面談日：平成　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　２回目　記入面談日：平成　　年　　月　　日

確認欄　□

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　担当ケアマネ（　　　　　　　　　）

退院調整共有情報シート

（様式２）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏　名 | |  | | | | | | | | | | 生年月日 | 明・大・昭　　　年　　月　　日 | | | | | | | | 年齢 | 歳 | 性別 |  |
| 住　所 | | 〒 | | | | | | | | | | | | | | | | ＴＥＬ | | |  | | | |
| ＦＡＸ | | |  | | | |
| 入院の原因となった病名と主症状 | | | | | | | | | | | 手術　□無　□有（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | |
| 現病歴 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 既往歴 | |  | | | | | | | | | | | | | | 入院日 | | | | 平成　　年　　月　　日 | | | | |
| 退院予定日 | | | | 平成　　年　　月　　日頃 | | | | |
| 医療機関名 | | （TEL　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | 病院の連絡窓口  （所属） | | |  | | | | 記入者名  （面談者） | | |  | | |
| 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 介護保険 | 未申請・区分変更・新規申請中・非該当 | | | | | | | | | | | | | 認定日 | | 平成　　年　　月　　日 | | | | | | | | |
| 事業対象者　要支援１・２　要介護１・２・３・４・５ | | | | | | | | | | | | | 有効期限 | |  | | | | | | | | |
| ＡＤＬ | 自立 | | | 見守り | | | 一部介助 | 全介助 | | 病棟での様子について | | | | | | | | | | | | | | |
| 移動方法 | □ | | □ | | | □ | | □ | | □ストレッチャー　□手引き　□車いす　□杖　□歩行器　□装具・補助具　□シルバーカー | | | | | | | | | | | | | | |
| 移乗方法 | □ | | □ | | | □ | | □ | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 口腔清潔 | □ | | □ | | | □ | | □ | | 義歯　□無　□有（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | |
| 食　　事 | □ | | □ | | | □ | | □ | | □普通食　□治癒食（　　㎉　□糖尿病食　□高血圧食　□腎臓病食　□その他）　□経管栄養 | | | | | | | | | | | | | | |
| 主食：□米飯　□全粥　□ミキサー（摂取量　　割） | | | | | | | | | | | | | | |
| 副食：□通常　□一口大　□刻み　□極小刻み　□ミキサー（□とろみ付）（摂取量　　割） | | | | | | | | | | | | | | |
| 水分摂取量：１日　　ml　　とろみ剤使用　□無　□有 | | | | | | | | | | | | | | |
| 嚥下状況：□良　□不良　　　咀嚼状況：□良　□不良 | | | | | | | | | | | | | | |
| 更　　衣 | □ | | □ | | | □ | | □ | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 入　　浴 | □ | | □ | | | □ | | □ | | 入浴の制限：□無　□有（□一般浴　□機械浴　□シャワー浴　□清拭浴　□その他（　　　）） | | | | | | | | | | | | | | |
| 排　　泄 | □ | | □ | | | □ | | □ | | 場所：□トイレ　□ポータブル　□尿器　□オムツ　□リハビリパンツ（□常時・□夜間のみ） | | | | | | | | | | | | | | |
| 服薬管理 | □ | | □ | | | □ | | □ | | 薬剤内容・投与方法： | | | | | | | | | | | | | | |
| リハビリ等 | リハビリ　□無　□有（頻度：　　　　　　　　　　　）　　運動制限　□無　□有（　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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（　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 療養上の  問題 | □無　□有（□幻想・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（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 認知症高齢者の日常生活自立度（　　　）　精神状態（疾患）□無　□有（　　　　　）□認知症の原因疾患等（　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 退院に際して必要な  サービス | 居宅療養管理指導　□無　□有（内容：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 訪問看護　□無　□有（□介護保険　□医療保険）　□デイケア　□短期療養介護　□訪問リハビリ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 家族への介護指導 | | | | | □無　□有　有の場合、理解の状況は：□十分　□不十分（問題点：　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 感染症 | | | | | □ＨＢＶ　□ＨＣＶ　□ＭＲＳＡ：□保菌　□発症（部位：□痰　□血液　□尿　□創部）□その他 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 退院後予想される問題・課題等（医療処置、経済状況、移動に係る独自の方法、転倒危険、住宅改修の必要性等） | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 備考欄 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |