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・・昭　○○年○○月○○日 | 年齢 | ○歳 | 性別 | 女 |
| 住　所 | 〒○○○－○○○○今治市○○町○○丁目○○ | ＴＥＬ | ○○－○○○○ |
| ＦＡＸ | ○○－○○○○ |
| 入院の原因となった病名と主症状 | 手術　■無　□有（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 現病歴 | 糖尿病、高血圧 |
| 既往歴 | 肺結核、左大腿骨頸部骨折、白内障 | 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 | 病院の連絡窓口（所属） | ○○ＭＳＷ | 記入者名（面談者） | 看護師　○○○○ |
| 病院主治医 | ○○○○ | 在宅主治医 | ○○病院 |
| 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　糖尿病憎悪による高血圧にて入院。インスリンの注射手技確認・部位等の再確認した上で処方調整目的の入院。本人・家族共に病状の理解あり。血糖値測定もしており管理はできている。インスリンは見守りが必要なため朝１回にしてほしい。 |
| 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・・３・４・５ | 有効期限 | 平成○○年○○月○○日～平成○○年○○月○○日 |
| 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（1,600㎉　■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10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：時間毎に提供すると服薬は自立。インスリン自己注射はＮＳの見守り必要 |
| 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（リハビリデイサービス　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 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） | 現在、自身でインスリン投与などは行えているが、家族の見守りが必要である。１日３回のインスリン投与から服薬に切り替えているため、服薬注意が必要である。 |
| 備考欄　〈インスリン〉Ａ：トレシーバ４単位（朝）　Ｂ：アピトラ４単位（朝食前）　Ｃ：マイクロファインプラス32Ｇ　Ｄ：ＳＭＧＢ　身体機能、生活能力はお変わりなし。 |