

退院情報提供シート（記入例とポイント）

様式2		使用上の注意 本シート使用の際には、事前に、相手方と、シート使用の有無等の取扱いについて確認したうえで御使用くださるよう、留意願います。	
退院情報提供シート （医療機関→居宅介護支援事業所等）			
		（情報提供日） 年 月 日	
情報提供先	〇〇	〔担当者〕 〇〇	
医療機関名	〇〇病院	〔所属・情報提供者〕 〇〇	
入院日	××年×月×日	主治医	〇〇
1. 利用者(患者)基本情報について			
フリガナ 患者氏名	おうしゅう はなこ 奥州 花子	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	生年月日 S××年×月×日生(84)歳
住所	〒 奥州市〇〇	電話番号	××-××××
要介護度	<input type="checkbox"/> 要支援() <input type="checkbox"/> 要介護() 有効期間: 年 月 日 ~ 年 月 日 <input type="checkbox"/> 申請中(申請日 /) <input checked="" type="checkbox"/> 区分変更(申請日×/×) <input type="checkbox"/> 未申請		
主病名	誤えん性肺炎、〇〇癌	特記事項(医療的処置などのコメント記載)	
主症状	発熱、咳、痰	誤えん性肺炎による発熱のため入院。抗生剤の点滴により症状改善した。当初は誤えんが頻繁に見られ、吸引が必要だったが、食事時のポジショニングにより、食事摂取が可能となった。	
既往歴	〇〇骨折		
<input type="checkbox"/> 意識障害 <input checked="" type="checkbox"/> 認知障害 <input type="checkbox"/> 構音障害 <input type="checkbox"/> 失語症 <input checked="" type="checkbox"/> 筋力低下(<input type="checkbox"/> 右上肢 <input type="checkbox"/> 左上肢 <input checked="" type="checkbox"/> 右下肢 <input checked="" type="checkbox"/> 左下肢) <input type="checkbox"/> 知覚障害(<input type="checkbox"/> 視覚 <input type="checkbox"/> 聴覚 <input type="checkbox"/> 皮膚の感覚 <input type="checkbox"/> 痛覚) <input type="checkbox"/> 褥瘡() <input checked="" type="checkbox"/> 嚥下障害 <input type="checkbox"/> 浮腫() <input type="checkbox"/> 疼痛() <input type="checkbox"/> 拘縮()			
2. 受け止め/意向★			
	＜本人＞		＜家族＞
病気、障害、後遺症等の受け止め方	病状の説明は家族にしてほしい		病状が進行していくことは理解している。延命治療の希望はない。
退院後の生活に関する意向			
3. 課題認識のための情報★			
医療処置	退院後に必要な事柄 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input checked="" type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 経鼻栄養 <input type="checkbox"/> 経腸栄養 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 尿道カテーテル <input type="checkbox"/> 尿路ストーマ <input type="checkbox"/> 消化管ストーマ <input type="checkbox"/> 痛みコントロール <input checked="" type="checkbox"/> 排便コントロール <input type="checkbox"/> 自己注射 <input type="checkbox"/> その他()		退院後の生活の目標、整えることが望ましい事項 自然排尿が困難 留置カテーテル次回/交換予定 排便がない時は浣腸が必要
看護の視点	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 血圧 <input type="checkbox"/> 水分制限 <input type="checkbox"/> 食事制限 <input checked="" type="checkbox"/> 食形態 <input checked="" type="checkbox"/> 嚥下 <input checked="" type="checkbox"/> 口腔ケア <input type="checkbox"/> 清潔ケア <input type="checkbox"/> 血糖コントロール <input checked="" type="checkbox"/> 排泄 <input type="checkbox"/> 皮膚状態 <input checked="" type="checkbox"/> 睡眠 <input checked="" type="checkbox"/> 認知機能 <input type="checkbox"/> 精神面 <input type="checkbox"/> 服薬指導 <input checked="" type="checkbox"/> 療養上の指導(食事・水分・睡眠・清潔ケア・排泄などにおける指導) <input type="checkbox"/> その他()		全身状態の観察
リハビリの視点	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 本人指導 <input checked="" type="checkbox"/> 家族指導 <input type="checkbox"/> 関節可動域練習(ストレッチ含む) <input type="checkbox"/> バランス練習 <input type="checkbox"/> 運動耐容能練習 <input type="checkbox"/> 麻痺・筋緊張改善練習 <input type="checkbox"/> 起居/立位等基本動作練習 <input checked="" type="checkbox"/> 摂食・嚥下訓練 <input type="checkbox"/> 言語訓練 <input checked="" type="checkbox"/> 筋力増強練習 <input checked="" type="checkbox"/> ADL練習(歩行/入浴/トイレ動作/移乗等) <input type="checkbox"/> IADL練習(買い物、調理等) <input type="checkbox"/> 疼痛管理(痛みコントロール) <input type="checkbox"/> 地域活動支援 <input type="checkbox"/> 社会参加支援 <input type="checkbox"/> 就労支援 <input type="checkbox"/> 更生装具・福祉用具等管理 <input type="checkbox"/> その他()		立位や足ぶみ等の継続が必要
禁忌事項	禁忌の有無 <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	禁忌の内容・留意点	退院後の日常生活に関する留意事項 入院後、筋力低下がみられる。体調や気分により、動作に波があるため、家族やデイサービス利用時の声かけが必要。 夫も持病があり、三女も多忙のため自宅療養が難しい状況。
症状・病状の予後・予測			
退院予定日	×年×月×日	退院後の医療機関名	〇〇病院 <input checked="" type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 訪問診療
次回受診日	×年×月×日 (〇〇)科	バイタルサイン	(体温) ×× (脈) ×× (血圧) ×× (排便状況・最終排便) ××

■必要に応じて看取りや延命治療の希望についても記載します。

■例) 医療機関からの見立て・意見(今後の見通し、急変の可能性や今後、どんなことが起こりうるか(合併症)、良くなっていく又はゆっくり落ちていく方向なのか など)について記載する。
 ①退院後に必要な事柄
 ②その他の観点から必要と思われる事項について

★=介護報酬 退院・退所加算に関連

4. 身体・生活機能の状況★

麻痺の状況	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	褥瘡の有無	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
A D L	移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	移動(室内)	<input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input checked="" type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他
	移乗	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	移動(屋外)	<input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input checked="" type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他
	更衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	起居動作	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助	入浴方法	<input checked="" type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> 一般浴 <input type="checkbox"/> 機械浴 <input type="checkbox"/> その他
	整容	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	(注)UDFの食形態 <input type="checkbox"/> 区分1 容易にかめる <input checked="" type="checkbox"/> 区分3 舌でつぶせる 区分の目安 <input type="checkbox"/> 区分2 歯ぐきでつぶせる <input type="checkbox"/> 区分4 かまなくてよい	
	食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
食 事 内 容	食事回数	3回/日 (朝 時頃・昼 時頃・夜 時頃)	食事制限	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()
	食事形態	<input type="checkbox"/> 普通 <input checked="" type="checkbox"/> きざみ <input type="checkbox"/> 嚥下障害食 <input type="checkbox"/> ミキサー		
	摂取方法	<input checked="" type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経管栄養	水分とろみ	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり
	特記事項	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		
アレルギー	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		義歯の使用	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
口 腔	口腔清潔	<input checked="" type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良 <input type="checkbox"/> 著しく不良	義歯	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> 部分 <input type="checkbox"/> 総)
	嚥下機能	<input type="checkbox"/> むせない <input checked="" type="checkbox"/> 時々むせる <input type="checkbox"/> 常にむせる		
排 泄	排尿	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル (<input type="checkbox"/> 夜間 <input type="checkbox"/> 常時)	<input checked="" type="checkbox"/> カテーテル・パウチ
	排便	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助	<input checked="" type="checkbox"/> オムツ/パッド (<input type="checkbox"/> 夜間 <input checked="" type="checkbox"/> 常時) (次回交換×/×)	
睡眠の状態	<input type="checkbox"/> 良 <input checked="" type="checkbox"/> 不良	眠剤の使用	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり (<input checked="" type="checkbox"/> 常用 <input type="checkbox"/> 時々)	
コ ミ ュ ニ ケ ー シ ョ ン に お け る 問 題 点	視力	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり : 眼鏡 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		
	聴力	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり : 補聴器 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		
	言語	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり		
	意思疎通	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり		
精神面における 療養上の問題	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> せん妄 <input type="checkbox"/> 焦燥・不穏 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 暴力・攻撃性 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input checked="" type="checkbox"/> 不眠 <input checked="" type="checkbox"/> 認知機能の低下 <input type="checkbox"/> 興奮 <input checked="" type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 危険行為 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> その他			
認知症高齢者の 日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input checked="" type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M	感染症	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	
薬剤管理	<input type="checkbox"/> 自己管理 <input checked="" type="checkbox"/> 他者による管理 (管理者: 三女、夫 管理方法:)			
服薬している薬の 種類、内容	<input checked="" type="checkbox"/> 別紙参照 <input type="checkbox"/> 下記参照			
備考	家族に服薬指導			

■ UDFの食形態
区分の情報
詳細は日本介護食
品協会サイトをご参
照ください。
<https://www.udf.jp/outline/udf.html>



5. カンファレンス 検討事項

住宅改修の必要性	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> 浴室 <input checked="" type="checkbox"/> 玄関 <input type="checkbox"/> 居室 <input type="checkbox"/> 階段 <input type="checkbox"/> 廊下 <input type="checkbox"/> 台所 <input type="checkbox"/> その他		
福祉用具 購入	<input type="checkbox"/> シャワーチェア <input type="checkbox"/> シャワーキャリー <input type="checkbox"/> 浴槽台 <input type="checkbox"/> バスボード <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> 補高便座 <input type="checkbox"/> 特殊尿器 <input type="checkbox"/> その他		
福祉用具 レンタル	<input checked="" type="checkbox"/> 車いす (<input type="checkbox"/> 自走用 <input checked="" type="checkbox"/> 介助用) <input type="checkbox"/> クッション (種類) <input checked="" type="checkbox"/> ベット <input type="checkbox"/> マットレス (種類) <input type="checkbox"/> その他		
その他サービスの 必要性	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> デイケア <input checked="" type="checkbox"/> デイサービス <input checked="" type="checkbox"/> ショートステイ <input type="checkbox"/> 訪問リハ <input checked="" type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導 <input type="checkbox"/> その他		
リハビリ継続 の必要性	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり 動作訓練、筋力アップ		
区分変更申請 の必要性	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり		
その他検討事項	夫の入院が来月×日～2週間の予定。入院中はショートステイ利用を検討。		

★＝介護報酬 退院・退所加算に関連

×年×月×日

作成者 ○○

本人または家族 ○○