

使用上の注意

本シートは、ケアマネジャーが医療機関等から情報を得て記入するシートです。
課題分析にあたっては、必要に応じて課題整理総括表の活用も考えられます。

退院・退所情報記録書（ケアマネジャー用）

（記入日） 年 月 日

1. 利用者(患者)基本情報について

フリガナ 患者氏名		☐ 男 ☐ 女	生年月日	年 月 日生（ ）歳
住所	〒		電話番号	
要介護度	☐ 要支援（ ） ☐ 要介護（ ） 有効期間： 年 月 日 ～ 年 月 日			
	☐ 申請中（申請日 / ） ☐ 区分変更（申請日 / ） ☐ 未申請			

入院(所)先		主治医	
入院(所)日	年 月 日	特記事項（医療的処置などのコメント記載）	
主病名			
主症状			
既往歴			
☐ 意識障害 ☐ 認知障害 ☐ 構音障害 ☐ 失語症 ☐ 筋力低下(☐ 右上肢 ☐ 左上肢 ☐ 右下肢 ☐ 左下肢) ☐ 知覚障害(☐ 視覚 ☐ 聴覚 ☐ 皮膚の感覚 ☐ 痛覚 ☐ 褥瘡) ☐ 嚥下障害 ☐ 浮腫() ☐ 疼痛() ☐ 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	本人への病名の告知: ☐ あり ☐ なし	
退院(所)後の生活 に関する意向		

3. 課題認識のための情報★

	退院(所)後に必要な事柄		退院(所)後の生活のの目標、整えることが望ましい事項	
医療 処置	☐ なし ☐ 点滴 ☐ 酸素療法 ☐ 喀痰吸引 ☐ 気管切開 ☐ 胃ろう ☐ 経鼻栄養 ☐ 経腸栄養 ☐ 褥瘡 ☐ 尿道カテーテル ☐ 尿路ストーマ ☐ 消化管ストーマ ☐ 痛みコントロール ☐ 排便コントロール ☐ 自己注射 ☐ その他 ()			
看護の 視点	☐ なし ☐ 血圧 ☐ 水分制限 ☐ 食事制限 ☐ 食形態 ☐ 嚥下 ☐ 口腔ケア ☐ 清潔ケア ☐ 血糖コントロール ☐ 排泄 ☐ 皮膚状態 ☐ 睡眠 ☐ 認知機能 ☐ 精神面 ☐ 服薬指導 ☐ 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) ☐ 終末期 ☐ その他 ()			
リハビリ の視点	☐ なし ☐ 本人指導 ☐ 家族指導 ☐ 関節可動域練習(ストレッチ含む) ☐ バランス練習 ☐ 運動耐容能練習 ☐ 麻痺・筋緊張改善練習 ☐ 起居／立位等基本動作練習 ☐ 摂食・嚥下訓練 ☐ 言語訓練 ☐ 筋力増強練習 ☐ ADL練習(歩行／入浴／トイレ動作／移乗等) ☐ IADL練習(買い物、調理等) ☐ 疼痛管理(痛みコントロール) ☐ 地域活動支援 ☐ 社会参加支援 ☐ 就労支援 ☐ 更生装具・福祉用具等管理 ☐ その他 ()			
禁忌 事項	禁忌の有無	☐ なし ☐ あり	退院(所)後の日 常生活に関する 留意事項	
	禁忌の 内容・留意点			
症状・病状の 予後・予測				

退院(所)予定日	年 月 日	退院(所)後の 医療機関名	☐ 通院 ☐ 訪問診療
次回受診日	年 月 日 ()科	バイタルサイン ☐ 直近 ☐ 平均	(体温) (脈) (血圧) (排便状況・最終排便)

★＝介護報酬 退院・退所加算に関連

4. 身体・生活機能の状況／療養生活上の課題について★

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

5. カンファレンス 検討事項

住宅改修の必要性	☐ なし ☐ トイレ ☐ 浴室 ☐ 玄関 ☐ 居室 ☐ 階段 ☐ 廊下 ☐ 台所 ☐ その他								
福祉用具購入	☐ シャワーチェア ☐ シャワーキャリー ☐ 浴槽台 ☐ バスボード ☐ ポータブルトイレ ☐ 補高便座 ☐ 特殊尿器 ☐ その他								
福祉用具レンタル	☐ 車いす (☐ 自走用 ☐ 介助用) ☐ クッション(種類) ☐ ベット ☐ マットレス (種類) ☐ その他								
その他サービスの必要性	☐ なし ☐ デイケア ☐ デイサービス ☐ ショートステイ ☐ 訪問リハ ☐ 訪問看護 ☐ 訪問介護 ☐ 訪問入浴介護 ☐ 居宅療養管理指導 ☐ その他								
リハビリ継続の必要性	☐ なし ☐ あり								
区分変更申請の必要性	☐ なし ☐ あり								
その他検討事項									

6. 情報交換の履歴

回目	聞き取り日	情報提供を受けた職種(氏名)	会議出席
1	年 月 日		☐ なし ☐ あり
2	年 月 日		☐ なし ☐ あり
3	年 月 日		☐ なし ☐ あり