

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	[担当者]		
○ 医療機関名	[所属・情報提供者]		
入院日	年 月 日	主治医	

1. 利用者(患者)基本情報について

フリガナ 患者氏名		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日	年 月 日生 () 歳
住所	〒		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 type="checkbox"/> 区分変更(申請日 /) <input type="checkbox"/> 未申請			
主病名		特記事項(医療的処置などのコメント記載)		
主症状				
既往歴				
<input type="checkbox"/> 意識障害 <input type="checkbox"/> 認知障害 <input type="checkbox"/> 構音障害 <input type="checkbox"/> 失語症 <input type="checkbox"/> 筋力低下(<input type="checkbox"/> 右上肢 <input type="checkbox"/> 左上肢 <input type="checkbox"/> 右下肢 <input 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 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		
退院後の生活に関する意向		

3. 課題認識のための情報★

	退院後に必要な事柄	退院後の生活の目標、整えることが望ましい事項
医療処置	<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 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 type="checkbox"/> 排便コントロール <input type="checkbox"/> 自己注射 <input type="checkbox"/> その他 ()	
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 type="checkbox"/> 食形態 <input type="checkbox"/> 嚥下 <input 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 type="checkbox"/> 排泄 <input type="checkbox"/> 皮膚状態 <input type="checkbox"/> 睡眠 <input type="checkbox"/> 認知機能 <input type="checkbox"/> 精神面 <input type="checkbox"/> 服薬指導 <input 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 ()	
リハビリの視点	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 本人指導 <input 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 type="checkbox"/> 摂食・嚥下訓練 <input type="checkbox"/> 言語訓練 <input type="checkbox"/> 筋力増強練習 <input 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 ()	
禁忌事項	禁忌の有無 <input 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
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	<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 訪問診療
次回受診日	年 月 日 ()科	バイタルサイン <input type="checkbox"/> 直近 <input type="checkbox"/> 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★

麻痺の状況		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		褥瘡の有無		<input 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 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 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 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 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 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 type="checkbox"/> 全介助		入浴方法		<input 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 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 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 type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 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		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	
	食事形態	<input type="checkbox"/> 普通 <input 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 type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経管栄養		水分とろみ		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
	水分制限	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()					
特記事項		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり					
アレルギー		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり				義歯の使用	
口 腔	口腔清潔	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良 <input type="checkbox"/> 著しく不良		義歯		<input 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 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 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 type="checkbox"/> カテーテル・パウチ <input type="checkbox"/> オムツ/パッド (<input type="checkbox"/> 夜間 <input type="checkbox"/> 常時) ()			
	排便	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助					
睡眠の状態		<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良		眠剤の使用		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (<input 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 type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり : 眼鏡 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり					
	聴力	<input 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 type="checkbox"/> あり		コミュニケーションに関する特記事項:			
	意思疎通	<input type="checkbox"/> なし <input 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 type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 認知機能の低下 <input type="checkbox"/> 興奮 <input 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 type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M				感染症	
薬剤管理		<input type="checkbox"/> 自己管理 <input type="checkbox"/> 他者による管理 (管理者: 管理方法:)				<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	
服薬している薬の種類、内容		<input type="checkbox"/> 別紙参照 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> 浴室 <input 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 type="checkbox"/> 車いす (<input type="checkbox"/> 自走用 <input type="checkbox"/> 介助用) <input type="checkbox"/> クッション (種類) <input 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 type="checkbox"/> デイサービス <input type="checkbox"/> ショートステイ <input type="checkbox"/> 訪問リハ <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴介護 <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 type="checkbox"/> あり						
区分変更申請の必要性	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり						
その他検討事項							

★=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