# 安佐地区　退院時情報提供シート

記載日　　年　　月　　日

| 送付先 | 事業所名: | 送付元 | 機関名: |
|---|---|---|---|
| | 担当者名: | | 担当者名: |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ﾌﾘｶﾞﾅ<br>氏　名 | 様 | 生年月日 | 年　　月　　日 | 年齢 | 歳 | 性別 | ☐ 男<br>☐ 女 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 住所 | 〒 | 自宅TEL | |
| | | 携帯TEL | |

**家族・支援者に関する情報**

| 緊急連絡先 | 氏名 | 続柄 | 電話番号 | 住所 |
|---|---|---|---|---|
| | ① | | | |
| | ② | | | |

家族構成図

| | |
|---|---|
| 世帯構成 | ☐ 独居　☐ 高齢夫婦のみ　☐ 高齢夫婦と子　☐ 本人と子<br>☐ 施設入所中　☐ その他(　　) |
| キーパーソン | 主介護者: |
| 介護力 | ☐ 見込める　☐ 見込めない　☐ 不在(支援できる人がいない) |
| 介護者の健康状態 | ☐ 良好　☐ 不良(　　) |
| 家族構成員数 | 名　☐ 日中独居 |
| 家族との関係 | ☐ 良い　☐ 普通　☐ 課題あり (　　) |

**入院・治療に関する情報**

| | | | |
|---|---|---|---|
| 主たる病名 | | 感染症 | ☐ HBV　☐ HCV<br>☐ MRSA　検出部位: |
| 入院期間 | | アレルギー | ☐ 無　☐ 有<br>(詳細:　　) |

| 入院までの経緯 | 既往歴(発症時期/病名/医療機関/診療科/その他特記) |
|---|---|
| | |

入院中の経過（内服・点滴については添付書類でも可）

手術　☐ 無　☐ 有/手術日:　　年　　月　　日/手術名:

| 医師からの病状説明 ☐ 別紙参照 | 本人の受け取り方・理解度 ☐ 別紙参照 |
|---|---|
| 継続される問題、問題に対する助言 ☐ 別紙参照 | 家族の受け取り方・理解度 ☐ 別紙参照 |

## 栄養・摂食・嚥下・口腔について

| | |
|---|---|
| 摂取状況 | ☐ 経口摂取　☐ 絶食　☐ 中心静脈栄養　☐ 末梢静脈栄養<br>☐ 経管栄養➡　☐ 経鼻　☐ 胃ろう　☐ 腸ろう　最終交換日:<br>(詳細:朝　昼　夕　) |
| 食事内容 治療食 | ☐ 無　☐ 有(内容/　) |
| 水分制限 | ☐ 無　☐ 不明　☐ 有(　ml/日) |
| 主食 | ☐ 米飯　☐ 軟飯　☐ 全粥　☐ 分粥(　)　☐ 粥ミキサー・粥ゼリー　☐ プリン・ゼリー<br>☐ その他(　) |
| 副食 | ☐ 常菜　☐ 軟菜　☐ きざみ( ☐ 一口大　☐ 粗きざみ　☐ 極きざみ)　☐ やわらか・ムース状<br>☐ ペースト・ミキサー　☐ プリン・ゼリー　☐ その他(　) |
| ※該当する場合に記載 | ・嚥下調整食学会分類2021　☐ 4 ☐ 3 ☐ 2-2　☐ 2-1　☐ 1j ☐ 0j |
| | ・UDF(ユニバーサルデザインフード) ☐ 容易に噛める　☐ 歯ぐきでつぶせる　☐ 舌でつぶせる　☐ かまなくてよい |
| 水分 | ☐ とろみなし ☐ 薄いとろみ ☐ 中間のとろみ　☐ 濃いとろみ ☐ とろみ　_____　%(※該当する場合記入) |
| 嚥下 | ☐ むせない　☐ 時々むせる　☐ 常にむせる　☐ 飲み込めない |
| 喫煙習慣 | ☐ 無　☐ 過去吸っていた　☐ 現在吸っている　☐ 不明 |
| 入院前の飲酒習慣 | ☐ 無　☐ 機会飲酒　☐ 毎日飲む　☐ 不明 |
| 食事に関する特記事項 | |
| 口腔ケア 義歯 | ☐ 無／ 部分: ☐ 上 ☐ 下／ 総: ☐ 上 ☐ 下　☐ 噛める　☐ 噛めない |
| 介助量: | 口腔ケアに関する補足: |
| 残っている歯 | ☐ 不明　☐ 0 ☐ 1～9　☐ 10～19　☐ 20以上　根だけ残っている歯　☐ 不明　☐ 有 ☐ 無 |

## 身体・生活機能について

| | |
|---|---|
| 障害高齢者の日常生活自立度 | ☐ 自立　☐ J1　☐ J2　☐ A1　☐ A2　☐ B1　☐ B2　☐ C1　☐ C2 |

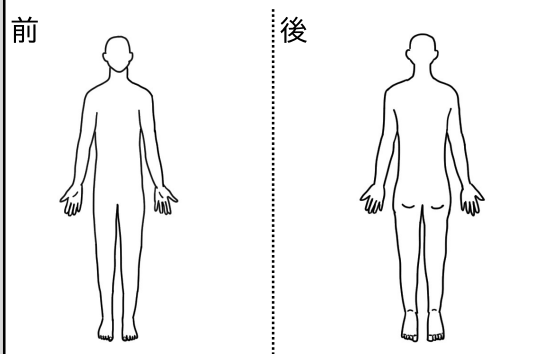
| 動作 | 自立 | 見守り | 一部介助 | 全介助 | 【必須】詳細を記入。(主な手段、日中/夜間、屋内/屋外の違い、使用している装具・用具、介助方法、その他補足) |
|---|---|---|---|---|---|
| 食事 | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | |
| ベッド移乗 | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | |
| 移動 | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | |
| トイレ動作 | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | |
| 排尿 | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | 膀胱留置カテーテル ☐ 無 ☐ 有(サイズ:　Fr,最終交換日:　) |
| 排便 | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | |
| | 緩下剤の使用: | ☐ 無 ☐ 有 | ／便の性状: | ／排便リズム: | (最終排便:　) |
| 入浴 | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | (最終入浴:　) |
| 更衣 | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | |

| | | |
|---|---|---|
| 内服 | 服薬管理 | ☐ 自己管理　☐ 声掛け　☐ セット・手渡し |
| | 内服薬の包装 | ☐ 一包化　☐ PTPシート |
| | 管理方法 | ☐ 袋　☐ ケース　☐ お薬カレンダー |
| 内服動作・介助に関する詳細 | | |

## 医療的ケア・安全に関すること

| | |
|---|---|
| 認知機能 認知症 | ☐ 無　☐ 有　☐ 不明 |
| HDS-R | _____点 |
| MMSE | _____点 |
| コミュニケーション 言語 | ☐ 問題なし　☐ 困難　☐ 筆談 |
| 視力 | ☐ 問題なし　☐ 難あり/弱視　☐ 全盲　/眼鏡 ☐ 無 ☐ 有 |
| 聴力 | ☐ 問題なし　☐ やや難あり　☐ 筆談　/補聴器 ☐ 無 ☐ 有 |
| 認知症高齢者の日常生活自立度 | ☐ 自立　☐ Ⅰ　☐ Ⅱa　☐ Ⅱb　☐ Ⅲa　☐ Ⅲb　☐ Ⅳ ☐ M |
| 高次脳機能障害 | ☐ 無　☐ 有(　) |
| 精神面・行動面における療養上の問題 | ☐ **なし**　☐ 幻覚　☐ 幻聴　☐ 興奮　☐ 不穏　☐ 妄想　☐ 暴力　☐ 徘徊　☐ 介護への抵抗<br>☐ 昼夜逆転　☐ 危険行為　☐ 不潔行為　☐ 意思疎通困難　☐ 支援者に対するハラスメント<br>補足: |
| 眠剤の使用 | ☐ 有/薬剤名:<br>☐ 無 |
| 入院中の転倒歴 | ☐ 有　詳細:<br>☐ 無 |
| 麻痺の状況 | ☐ 無　☐ 有(部位:　) |
| 褥瘡 | ☐ 無　☐ 有(部位:　) |

ドレーン挿入部等・処置部・装具・麻痺部位




| | |
|---|---|
| 身長/体重 | cm/　kg |

退院後に継続が必要な医療処置

- ☐ モニター測定(血圧・心拍・酸素飽和度)
- ☐ 点滴の管理
- ☐ 中心静脈栄養
- ☐ レスピレーター
- ☐ 気管切開の処置
- ☐ 透析
- ☐ 痛みコントロール
- ☐ 酸素療法　ℓ
- ☐ ﾄﾞﾚｰﾝ・留置ｶﾃｰﾃﾙ
- ☐ ストーマ処置
- ☐ 経管栄養

| 社会資源・制度利用状況 | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 保険情報 | ☐ 国保 | ☐ 後期高齢 | ☐ 生保 | ☐ 原爆 | ☐ 重度医療 | ☐ 特定医療(指定難病) | | | | | | | |
| | ☐ その他 | | | | | | | | | | | | |
| 障害等認定 | ☐ 身体 | ☐ 1級 | ☐ 2級 | ☐ 3級 | ☐ 4級 | ☐ 5級 | ☐ 6級 | ☐ 7級 | 障害名 | | | | |
| | ☐ 療育 | ☐ Ⓐ | ☐ A | ☐ Ⓑ | ☐ B | ☐ 精神 | ☐ 1級 | ☐ 2級 | ☐ 3級 | | | | |
| 要介護認定 | ☐ 事業対象者 | ☐ 要支援(　　) | ☐ 要介護(　　) | ☐ 申請中 | ☐ 区分変更中 | | | | | | | | |
| | 有効期限: | まで | 申請日: | | | | | | | | | | |
| | 負担割合 | ☐ 1割 | ☐ 2割 | ☐ 3割 | ☐ 不明 | 介護保険負担限度額認定 | ☐ 無 | ☐ 有 | | | | | |

| 居宅介護支援事業所・入所施設名等 | 担当者　氏名 | 連絡先 |
|---|---|---|
| | | |

| 退院時指導状況や退院支援に関する情報の共有 | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 次回受診 | ☐ 無 | ☐ 有/　　月　　日　　時頃 | 担当医師: | | | | |
| 退院時処方 | ☐ 無 | ☐ 有: | | | | | |

| 転院先・在宅療養上の本人の希望 | 転院先・在宅療養上の家族の希望 |
|---|---|
| | |

| 退院時の指導内容(要約) |
|---|
| |

| 退院後必要と思われるサービスについて | ☐ 退院前ケアカンファレンスにて担当者会議済 | | | |
|---|---|---|---|---|
| ☐ 訪問診療 | ☐ 訪問看護 | ☐ 訪問介護 | ☐ 訪問リハビリテーション | ☐ 訪問薬剤管理指導 |
| ☐ 訪問歯科診療 | ☐ 訪問歯科衛生指導 | ☐ 訪問栄養食事指導 | ☐ 通所リハビリテーション | ☐ 通所介護 |
| ☐ ショートステイ | ☐ 福祉用具貸与 | | | |
| ☐ 福祉用具購入 | | ☐ 住宅改修 | | |
| ☐ その他(インフォーマル含む) | | | | |

| かかりつけ医 | ☐ 無 ☐ 有 | かかりつけ歯科 | ☐ 無 ☐ 有 | かかりつけ薬局 | ☐ 無 ☐ 有 |
|---|---|---|---|---|---|
| 医師名: | | 機関名: | | 薬局名: | |
| 機関名: | | | | | |

記 載 者: ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　(所属部署: ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿)

病棟責任者: ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　入退院支援担当者: ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＜発信元＞

医療機関名:

所在地:

電話:

FAX:

ご本人・ご家族サイン