

退院時情報共有シート (医療機関 ⇒ 遠賀中間地域)

令和 年 月 日

ふりがな	性別		生年月日	年	月	日	日常生活自立度	認知症自立度		
氏名	<input type="checkbox"/> 男	緊急連絡先(氏名・連絡先)					入院日	年	月	日
	<input type="checkbox"/> 女						退院日(予定)	年	月	日
住所							電話番号			
家族構成 (キーパーソン等)							介護者・協力者 (対応可能な時間)			
介護度	申請中(<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 区変 <input type="checkbox"/> 更新 : 認定調査(<input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 済)						特定疾患	<input type="checkbox"/> 独居	<input type="checkbox"/> 家族同居	
	要支援(<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2) 要介護(<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5)						<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 高齢世帯	<input type="checkbox"/> 日中独居	
	有効期間 年 月 日 ~ 年 月 日						介護保険負担割合	<input type="checkbox"/> 1割	<input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 不明	
診断名							手帳	<input type="checkbox"/> 身体	<input type="checkbox"/> 療育 <input type="checkbox"/> 精神(級)	
							アレルギー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有:		
既往歴										
入院中経過、今後の問題(看護、ケア時の留意点等)										
医師の病状等の説明内容と本人や家族の受け止め										
本人や家族の希望・目標、大切にしていること										
退院後主治医	<input type="checkbox"/> 当院通院 <input type="checkbox"/> かかりつけ医 <input type="checkbox"/> 訪問診療		病院・クリニック再診 年 月 日							
かかりつけ歯科医	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (歯科医院名:)									
麻痺	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (部位:)									
嚥下・高次脳機能	ムセ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		高次脳機能障害 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有							
認知・精神面	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> その他:)									
医療行為	<input type="checkbox"/> 酸素療法(安静時 ℓ 労作時 ℓ) <input type="checkbox"/> 点滴(<input type="checkbox"/> 末梢 <input type="checkbox"/> CV) <input type="checkbox"/> 自己注射()									
	<input type="checkbox"/> 透析(週 回) <input type="checkbox"/> 吸引(回数 回/日) <input type="checkbox"/> 気管カニューレ <input type="checkbox"/> 疼痛管理									
	<input type="checkbox"/> 人工呼吸器(種類:) 使用状況 <input type="checkbox"/> 常時 <input type="checkbox"/> 夜間のみ <input type="checkbox"/> その他:									
薬	服薬	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助								
	管理	<input type="checkbox"/> 自己管理 <input type="checkbox"/> 家族管理: 一包化 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有								
	<input type="checkbox"/> 介護サービス(<input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> ヘルパー <input type="checkbox"/> その他)									
食事	制限方法	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 塩分 g <input type="checkbox"/> 水分 ml <input type="checkbox"/> その他)								
	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								
	内容	kcal 熱量 kcal 食事介助方法:								
	主食	<input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 軟飯 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> その他:								
	副食	<input type="checkbox"/> 常菜 <input type="checkbox"/> 軟菜 <input type="checkbox"/> 一口大 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> ペースト <input type="checkbox"/> その他()								
	トロミ	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有								
	義歯	上顎 [<input type="checkbox"/> 総義歯 <input type="checkbox"/> 部分義歯] 下顎 [<input type="checkbox"/> 総義歯 <input type="checkbox"/> 部分義歯]		<input type="checkbox"/> 義歯は持っているが使用できていない						
整容	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								
排泄	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								
	方法	<input type="checkbox"/> 布パンツ <input type="checkbox"/> 尿取パッド <input type="checkbox"/> リハビリパンツ <input type="checkbox"/> オムツ								
	尿便	<input type="checkbox"/> P-トイレ <input type="checkbox"/> ストマ() <input type="checkbox"/> 導尿 <input type="checkbox"/> 留置カテーテル								
	尿意	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 失禁 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有								
	便意	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 失禁 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有								
入浴	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								
	方法	<input type="checkbox"/> 一般浴 <input type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> 機械浴 <input type="checkbox"/> その他()								
更衣	上衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助								
	下衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助								
動基 作本	寝返り	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助								
	起き上がり	<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	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								
	補装具	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 手引き <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ストレッチャー								
ケー シ ョ ン	視力障害	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有								
	聴力障害	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 補聴器(<input type="checkbox"/> 両耳 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左)								
	言語障害	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有								
	補助方法	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 筆談 <input type="checkbox"/> 絵・カード <input type="checkbox"/> ジェスチャー <input type="checkbox"/> その他()								
皮膚	褥瘡	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (部位:)								
睡眠	状態等	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良 睡眠剤 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()								

特記事項

退院後のケアプランを一部いただけますようお願いいたします。

医療機関名:

記入者氏名: