

# 退院時情報提供書 (

病院⇒在宅担当者)

記入日 年 月 日

情報提供日 年 月 日

情報提供者	担当者( )	TEL( ) - 内線( )	FAX( ) -
	主治医( 科 Dr)	メールアドレス	

ふりがな氏名	生年月日	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 明大昭	年 月 日	年齢	歳	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
--------	------	--	-------	----	---	----	---

住所	〒	電話番号	
----	---	------	--

緊急時連絡先	氏名	住所	続柄	電話番号
	〒	〒		

家族構成図		医療機関名	TEL
主・主介護者 ☆・キーパーソン ○・女性 □・男性	かかりつけ医	医師名	訪問診療 <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要
	かかりつけ 歯科医	医療機関名 歯科医師名	TEL
	かかりつけ 薬局	薬局名	TEL

診断名	要介護度 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 区分変更中 <input type="checkbox"/> 要支援( ) <input type="checkbox"/> 要介護( ) <input type="checkbox"/> 未申請
地域連携バス適応	<input type="checkbox"/> 有 バス名( ) <input type="checkbox"/> 無 特定疾患医療受給者証 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
障害者手帳	<input type="checkbox"/> 有( <input type="checkbox"/> 身体 <input type="checkbox"/> 療育 <input type="checkbox"/> 精神)( 級) <input type="checkbox"/> 無( <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 申請予定)
残存する障害	麻痺 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(部位 ) 言語 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( <input type="checkbox"/> 構音障害 <input type="checkbox"/> 失語症)

入院経過	
------	--

ADL	自立	見守り	一部介助	全介助	
-----	----	-----	------	-----	--

移動方法	<input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 杖使用 <input type="checkbox"/> 歩行器使用 <input type="checkbox"/> 装具・補助具使用 介護タクシー: <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要
------	---

口腔内	義歯: <input type="checkbox"/> 有( <input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適) <input type="checkbox"/> 無 嚥下障害: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 口腔清掃: <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 悪
-----	--

食 事	<input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 治療食( <input type="checkbox"/> 糖尿病食 <input type="checkbox"/> 高血圧食 <input type="checkbox"/> 腎臓病食 <input type="checkbox"/> その他( ))
	主食: <input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> ミキサー 水分:とろみ剤使用 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 副食: <input type="checkbox"/> 通常 <input type="checkbox"/> 一口大 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> 極小刻み <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> とろみ付) } <input type="checkbox"/> 食形態連携表参照

更衣	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
----	---

入 浴	<input type="checkbox"/> 自宅( <input type="checkbox"/> 浴槽 <input type="checkbox"/> シャワーのみ) <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 通所系サービス <input type="checkbox"/> 清拭のみ
-----	--

排 泄	場所: <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> リハビリパンツ( <input type="checkbox"/> 常時 <input type="checkbox"/> 夜間のみ)
-----	---

服薬管理	薬物アレルギーの有無 <input type="checkbox"/> 有 薬剤名( ) <input type="checkbox"/> 無
------	---

日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2
---------	---

認知症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <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 特記事項( )
-----	---

療養上の問題	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 { <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 不穏 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 危険行為 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 意思疎通困難 <input type="checkbox"/> その他( )
--------	---

医療処置	<input type="checkbox"/> 在宅酸素療法 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 尿道カテ <input type="checkbox"/> ストマ
	<input type="checkbox"/> じょくそう <input type="checkbox"/> 自己注射 ( ) <input type="checkbox"/> 麻薬使用 ( <input type="checkbox"/> 内服 <input type="checkbox"/> 貼付 <input type="checkbox"/> 座薬 <input type="checkbox"/> 頓用 <input type="checkbox"/> 持続皮下注) その他 ( )

家族の介護力	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 日中独居 <input type="checkbox"/> 高齢世帯 <input type="checkbox"/> サポートできる家族や支援者が不在 <input type="checkbox"/> 家族が要介護状態/認知症である <input type="checkbox"/> その他 ( )
--------	--

患者・家族の退院後の希望	
--------------	--

その他	
-----	--

この情報を提供することについて、ご本人またはご家族から同意をいただいています。

この情報は、 年 月 日現在のもです。