|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所名（　　　　　　　　　　　　　　）　御中　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 退 院 時 情 報 （提供・共有） シー ト　　　病院名（　　　　　　　　　　 　　） | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 氏名 | | | | | | | 生年月日 | | | | 年齢 | | | 性別 | 身長 | 体重 |
|  | | | | | | | 明・大・昭　　　　　年　　　　月　　　日 | | | | 歳 | | | 男 ・ 女 | ㎝ | ㎏ |
| 面談日時 | 平成　　　　年　　　　月　　　　日　（　　）　　　　時　　分～　　　　時　　分 | | | | | | | | | | | | 場所 | | | |
| 面談者 |  | | | | | | | | 病院の連絡窓口 （所属） | | | | | | | |
| 入院の原因となった病名 | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| 合併症 | |  | | | | | | | | | | 退院予定日　平成　　　年　　　月　　　日ころ | | | | |
| 病院主治医 | |  | | | | | | | 在宅主治医 | 医療機関名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | |
| キーパーソン | | | | | | | | （続柄　　　　　　　）（連絡先電話番号　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | |
| 病院から患者・家族への病状の説明内容と患者・家族の受け止め方、患者・家族の今後の希望 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ADL | 自立 | | 見守り | 一部介助 | 全介助 | 要支援は必要事項のみ記入 | | | | | | | | | | |
| 移動方法 | □ | | □ | □ | □ | □ 車いす　　□ 杖使用　　□ 歩行器使用　　□ 装具・補助具使用 | | | | | | | | | | |
| 移乗方法 | □ | | □ | □ | □ |  | | | | | | | | | | |
| 口腔清潔 | □ | | □ | □ | □ | 義歯：□ 有　　□ 無 | | | | | | | | | | |
| 食事 | □ | | □ | □ | □ | □ 普通食　□ 治療食（□　　　　Kcal □糖尿病食 □高血圧食 □腎臓病食 □その他） □ 経管栄養（□ 経鼻　　□ 胃ろう　□ その他（　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　）） | | | | | | | | | | |
| 主食：　□ 米飯　□ 全粥　□ ミキサー　水分：とろみ剤使用 □有　□無 （摂取量　　　　　割） | | | | | | | | | | |
| 副食：　□ 通常　□ 一口大　□ 刻み　□ 極小刻み　□ ムース状　□ ミキサー （摂取量　　　　　割） | | | | | | | | | | |
| （摂取制限　あり　なし）　□　カロリー（　　　　　　）Kcal　 □　水分摂取量（　　　　　　）ｍｌ　　□　塩分（　　　　　　　）ｇ　　　 □　カリウム（生野菜・果物）　　□　納豆　　□その他（　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | |
| 入浴 | □ | | □ | □ | □ | 入浴の制限　□　無　　□　有（　シャワー　　・　　清拭　　・　その他　） | | | | | | | | | | |
| 更衣 | □ | | □ | □ | □ |  | | | | | | | | | | |
| 排泄 | □ | | □ | □ | □ | 場所：　□　トイレ　　□　ポータブル　　□　尿器　　□　オムツ 　医療処置：　□　バルーンカテーテル　　□　ストマ | | | | | | | | | | |
| 服薬管理 | □ | | □ | □ | □ |  | | | | | | | | | | |
| 療養上の注意 | | | | □無　□有（□幻覚・幻聴　□興奮　□不穏　□妄想　□暴力　□介護への抵抗　□昼夜逆転 　　　　　　　　□不眠　□徘徊　□危険行為　□不潔行為　□意思疎通困難　□　短期記憶障害　 　　　　　　　　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | |
| 医療処置 | | | | □気管切開　□在宅酸素　□喀痰吸引 　□褥瘡　□インスリン　□その他（　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | |
| 感染症 | | | | □　HBV　□　HCV　MRSA：保菌　□ 発症（部位：　□痰　□血液　□尿　□創部） □　その他　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | |
| 介護保険制度の説明 | | | | | | □ 有　(誰に　　　　　　　　　希望サービス　　　　　　　　　　　　　　　　　）　　□ 無 | | | | | | | | | | |
| 退院指導の内容 | | | | | | □ 有　 (誰に対し、どのような指導をしたか特記事項に記入）　　　□ 無 | | | | | | | | | | |
| 特記事項（在宅生活において留意いただきたいこと） | | | | | | | | | | | | | | | | |