

記載例【入・退院時連絡シート】(共通)

富士見市・ふじみ野市・三芳町方式

記載・送付日
20××年 ×月 ×日(×)曜日

*情報開示同意の確認は病院施設側は行うこと(居宅介護支援事業所は確認済み)

この情報開示及び連絡を()は同意されています。

入院時連絡
ケアマネ記入例
が入ります。

医療機関名：ただいま病院
所属部署：地域連携室
氏名：須玖 弥瑠 相談員 様
電話：049-888-888

居宅名：おかえりプラン
ケアマネジャー：三芳 次郎
電話：049-666-666
FAX：049-777-777

ふりがな 氏名	ふじみの はなこ ふじみ野 花子 様		男・女 <input checked="" type="radio"/>	明・大・昭・平・令 13年 4月 1日生 [84]歳	
住所 (施設)	〒356-0011 ふじみ野市福岡1-1-1		TEL 自宅 123-45-789 携帯		
緊急 連絡者	① ふじみ野 三郎	続柄:長男	同居(別居)	C 県・市在住 TEL: 987-654-321	
	②	続柄:	同居・別居	県・市在住 TEL:	
	③	続柄:	同居・別居	県・市在住 TEL:	
入院期間	入院日 20 ××年 ×月 ○日 ~ 退院日 20 年 月 日				
主治医	()科: ()医師				
入院時の 診断名					
入院時の 症状・主訴	気持ちが悪い、便が出ない 体がだるい				
病状説明	本人へ: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり: 内容()				
	家族へ: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり: 内容()				
本人の病気・障害・ 状態の受容(ACP等)	なるべく、もう入院はしたくない。家で好きなように暮らしたい。				
家族の病気・障害・ 状態の受容(ACP等)	面談したことがないので不明 在宅療養生活の方針、ACPにつながる情報です。 できるだけご記入下さい。				
入院中又は在宅で 気になったエピソード・ 本人や家族の言動等	<input checked="" type="checkbox"/> 本人: 息子にはもう何年も会っていない。人の世話にはなりたくない。早くお迎えが来てほしい。 <input type="checkbox"/> 家族: <input checked="" type="checkbox"/> * 同封の居宅サービス計画(1)参照下さい(入院時のみ)				
既往歴	病名	年齢	経過	医療機関名	処方薬
かかりつけ 医等	うっ血性心不全、心房細動	78	通院・入院・手術・訪問	ただいま病院 1回/月	なし・あり
	両目 白内障	74	通院・入院・手術・訪問	うちゅう眼科 1回/半年	なし・あり
(歯科医院も 忘れずに)	脊柱管狭窄症 変形性膝関節症	70	通院・入院・手術・訪問	たいよう整形 1回/3ヶ月	なし・あり
	糖尿病	65	通院・入院・手術・訪問	ただいま病院 1回/月	なし・あり
			通院・入院・手術・訪問		なし・あり

退院後の 主治医	[] 病院・医院・クリニック [] 医師 [通院: 回/月・週]
	初回外来/訪問診療日 20 年 月 日 () 外来・医師

◎ 生活の状況

医療機関にとって、本人の背景や家族の介護状況、人間関係性を知る情報です。

家族構成	生活歴	住環境			
・男性：□ 女性：○ 本人：☑ (男性) ◎ (女性) ・キーパーソン：K 主介護者：☆ 逝去：■● ・同居者は線で囲む 年齢 居住地 健康状態 <p>10年前 脳卒中82歳 姉：1年前乳がん86歳 Y県 長男：C県とのこと (面談未実施)</p>	Y県生まれ。高校卒業後 都内で事務職に就く。 26歳で結婚後、ふじみ野市 で夫と八百屋を営んでい た。20年前に廃業。75歳ま でパートで近所の総菜屋で 働く。長男とは疎遠。独居。 趣味・価値観・生きがい 旅行、カラオケ：通所先でも 歌や楽器演奏が好き。 世話好きだが、自分の事にな ると遠慮がち。	住居	巨建・集合住宅	持ち家・借家	
		自宅	(2)階	エレベーター	あり・なし
		寝室	(1)階	階段手すり	あり・なし
		トイレ	洋・和	トイレ手すり	あり・なし
		浴槽	浅・深	浴室手すり	あり・なし
		寝具		ベッド・布団	
		室内段差		あり・なし	
		高い段差の場所	(玄関)		

保険種別	<input type="checkbox"/> 健保 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 共済 <input checked="" type="checkbox"/> 後期高齢1割 <input type="checkbox"/> 労災 <input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> 特定疾患 <input type="checkbox"/> 生保(担当:)
障害認定	<input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 身障 <input type="checkbox"/> 日頃から、高齢者あんしんセットなどで、利用者の福祉制度活用状況、 <input type="checkbox"/> 事業対象者 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5 担当ケアマネジャーがすぐに分かるようにしておきましょう。
要介護度	有効期間: 令和〇年 〇月 ×日～ 令和×年 △月 〇日
経済状況	<input type="checkbox"/> 共済年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input checked="" type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 遺族年金 <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 他

入院前の身体状況の情報は、入院治療のゴール設定目標の参考になります。日頃からのサービス担当者との情報共有が役立ちます。

◎ 身体・ADLの状況

身体状況	身体状況	身長(150)cm(〇月 %日) 体重(62)Kg(#月 &日)
	麻痺	右:上肢[☑なし □あり] 下肢[☑なし □あり] 左:上肢[☑なし □あり] 下肢[☑なし □あり]
	筋力低下	右:上肢[☑なし □あり] 下肢[□なし ☑あり] 左:上肢[☑なし □あり] 下肢[□なし ☑あり]
	嚥下障害	☑なし □あり[□咀嚼 できない事のチェックではなく、 ☑嚥下 できることに着目しましょう!! ☑嚥下 時期 □他()] □不明
認知症症状 高次脳機能 障害	<input checked="" type="checkbox"/> 記憶障害 <input type="checkbox"/> 見当識障害 <input type="checkbox"/> 理解判断力の障害 <input type="checkbox"/> 実行機能障害 <input type="checkbox"/> 失認 <input type="checkbox"/> 失語 <input type="checkbox"/> 失行 <input type="checkbox"/> 注意障害 <input type="checkbox"/> 不穏 <input type="checkbox"/> 半側空間無視 <input type="checkbox"/> 幻覚・幻聴 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 性的問題行動	
入院前の 日常生活 自立度	障害高齢者の日常生活自立度:	<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 checked="" type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2
	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 checked="" type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M
食事 (栄養)	方法	<input checked="" type="checkbox"/> 経口(箸・スプーンフォーク・補助具) <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 腸ろう <input type="checkbox"/> 経鼻経管 <input type="checkbox"/> 中心静脈 <input type="checkbox"/> 末梢点滴
	動作	<input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守りが必要 <input type="checkbox"/> 介助が必要 <input type="checkbox"/> 全介助(用具や介助内容:)
	内容	主食: <input type="checkbox"/> 米飯 <input checked="" type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> ミキサー粥 <input type="checkbox"/> 他(デイより:10日前から食欲低下あり、2~3割摂取となっていた)
		副食: <input type="checkbox"/> 常菜 <input checked="" type="checkbox"/> 軟菜 <input checked="" type="checkbox"/> 他(朝:パン食、昼:デイサービス・ヘルパー調理、夕:配食サービス)
形態	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> ひと口大 <input checked="" type="checkbox"/> 刻み()cm角 <input type="checkbox"/> ソフト <input type="checkbox"/> ペースト <input type="checkbox"/> トロミ(学会分類コード -)	
排泄 (尿)	尿意	<input checked="" type="checkbox"/> あり不十分 <input type="checkbox"/> なし 排尿回数:(?)回/日、導尿回数:()回/日、おむつ交換回数:()回/日
	方法	<input checked="" type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> 尿器 <input checked="" type="checkbox"/> リハパンツ <input type="checkbox"/> 布パンツ <input checked="" type="checkbox"/> パット <input type="checkbox"/> 尿管 <input type="checkbox"/> 尿路ストマ
	動作	<input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守りが必要 <input type="checkbox"/> 介助が必要 <input type="checkbox"/> 全介助(介助内容:())

医療処置方法	<input type="checkbox"/> 自己管理 <input type="checkbox"/> 家族管理 <input checked="" type="checkbox"/> 訪問看護 <input checked="" type="checkbox"/> 他(デイサービス看護師)		
急変時受け入れ病院	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり:(ただいま 病院)	かかりつけ薬局	ふじみ野市 ちきゅう 薬局・P 店
内服薬	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり(別紙参照: <input checked="" type="checkbox"/> お薬手帳 <input type="checkbox"/> 薬剤情報提供書 <input type="checkbox"/> 診療情報提供書 <input type="checkbox"/> 看護サマリー <input type="checkbox"/> 他		
薬剤管理	<input type="checkbox"/> 自己管理 <input type="checkbox"/> 家族管理() <input checked="" type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問薬剤師 <input checked="" type="checkbox"/> 訪問介護 <input checked="" type="checkbox"/> 他(Kデイサービス)		
看護上の課題点	<input type="checkbox"/> 治療・療養方針 <input type="checkbox"/> 入院前、入院時、退院時の病状・ADL変化 <input checked="" type="checkbox"/> バイタルサイン等観察注意点 <input type="checkbox"/> 水分管理 <input type="checkbox"/> 食事療法 <input type="checkbox"/> 食形態・嚥下機能 <input checked="" type="checkbox"/> 排泄(自立支援) <input checked="" type="checkbox"/> 皮膚 <input type="checkbox"/> 睡眠 <input checked="" type="checkbox"/> 自己管理状況 <input type="checkbox"/> 活動量 <input checked="" type="checkbox"/> 服薬状況 <input type="checkbox"/> 意欲・認知力・精神面 <input type="checkbox"/> 疼痛、苦痛緩和 <input checked="" type="checkbox"/> 口腔ケア・清潔ケア <input type="checkbox"/> 療養生活に必要な指導(誰に・何を・どう・結果) <input type="checkbox"/> 介護者支援や関係調整 <input type="checkbox"/> 訪問歯科衛生指導 <input type="checkbox"/> 生命予後、病状、ADL変化予測 <input type="checkbox"/> 寝たきり・悪化予防 <input type="checkbox"/> 急変時対応 <input type="checkbox"/> ACP・看取り <input type="checkbox"/> 災害時対応 <input checked="" type="checkbox"/> 看看連携(H訪問看護・Kデイ) <input type="checkbox"/> 退院後の外来予定先・月日() <input type="checkbox"/> 住環境/医療・介護機器		
リハビリ上の課題点	<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"/> 筋力増強運動 <input type="checkbox"/> 疼痛管理 <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"/> 高次脳訓練 <input checked="" type="checkbox"/> ADL練習(入浴/トイレ動作/移乗移動等) <input type="checkbox"/> IADL練習(買い物、調理等) <input type="checkbox"/> 外出訓練 <input type="checkbox"/> 運動耐用能練習 <input type="checkbox"/> 更生装具・福祉用具等管理 <input type="checkbox"/> 住環境 <input type="checkbox"/> 家屋改修 <input type="checkbox"/> リハビリの意欲目標 <input type="checkbox"/> 社会参加支援 <input type="checkbox"/> 就労支援 <input type="checkbox"/> 趣味活動 <input checked="" type="checkbox"/> リハビリ連携(H訪問リハ・Kデイ 事業所等) <input type="checkbox"/> 他		
栄養管理の課題点	<input type="checkbox"/> 本人指導 <input type="checkbox"/> 家族指導 <input type="checkbox"/> 栄養状態 <input checked="" type="checkbox"/> 食事療法(糖尿病) <input type="checkbox"/> 嗜好・偏食・食べたい物 <input type="checkbox"/> 認知 <input type="checkbox"/> 栄養		
薬剤管理の課題点	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 薬剤形状形態(嚥下機能) <input type="checkbox"/> ポリファーマシー <input type="checkbox"/> 服薬アドヒアランス <input type="checkbox"/> 他() <input type="checkbox"/> 相互作用(併診処方薬、OTC薬、健康食品等) <input type="checkbox"/> 調剤薬局連携()		
MSWの課題点	<input type="checkbox"/> 各種医療費助成制度活用 <input type="checkbox"/> 各種制度申請支援 <input type="checkbox"/> 地域移行・定着支援 <input type="checkbox"/> 生活面・悩み相談 <input type="checkbox"/> 家族等関係性調整(虐待などを含む) <input type="checkbox"/> 社会復帰・就労・復学支援 <input type="checkbox"/> 一時入院、受診窓口相談 <input type="checkbox"/> 外出・外泊支援 <input type="checkbox"/> 逝去時連絡先 <input type="checkbox"/> その他(患者会・事前意思表示・ACP・がん相談・献体等)		

ケアプランの各サービス導入の根拠です。
各事業所のサービスの「目的・利用者の課題・計画・実施・評価等」の状況をご確認ください。
また、この情報は 病院側も課題とする項目となり、引き継ぐことが可能となります。

◎包括・ケア 病状の把握、入院の原因、生活上の課題、入院加療の評価につながる情報です。

入院歴	最近半年間() <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり(期間×年△月○日～×年△月△日(理由: 心不全)
入院頻度	<input type="checkbox"/> 頻度は高い/繰り返し <input checked="" type="checkbox"/> 頻度は低いがこれまでもあり <input type="checkbox"/> 今回が初めて
入院前の利用サービス	* 同封の書類をご確認下さい <input checked="" type="checkbox"/> 居宅サービス計画書1.2.3 <input type="checkbox"/> 他() * 長男様とのIC時に同席希望します!
カンファレンスの希望	<input checked="" type="checkbox"/> IC同席 <input checked="" type="checkbox"/> 介護連携CF <input type="checkbox"/> 多職種CF <input checked="" type="checkbox"/> 退院前共同CF <input type="checkbox"/> 退院前訪問指導同行
ケアマネジメント上の課題点	入院前の生活課題: 自己ケア能力・人間関係・介護力・住環境・経済面・心身変化・入院原因・ケアプラン評価等 味の濃いものを好み、ヘルパーに買い物に依頼される傾向にあります。生活介護のヘルパーも栄養指導の際に同席させていただきたいと思っております。本人の自立度によっては、入所や終末期について長男と話し合いが必要です。最近、易疲労でデイサービスへの意欲が低下してきていました。
お互いの確認事項	病院側は、ケアマネジャーの専門職的意見として知りたい情報です。 できるだけご記入下さい。 また、退院時(カンファレンス)には病院からのこれらの項目に関する情報や ケアマネジャーから送った「入院時連絡シート」に対する回答内容を確認しましょう。
ケアマネ⇄医療機関	<input type="checkbox"/> 予想される退院後の生活(受入先)の受け止め <input type="checkbox"/> ICの内容 <input checked="" type="checkbox"/> ACP <input type="checkbox"/> 大切にしている事 <input checked="" type="checkbox"/> 新たな医療ニーズ(清潔ケア・移乗・移動などサービス支援への留意点 <input type="checkbox"/> 退院後の生活(受入先)の受け止め <input checked="" type="checkbox"/> 服薬状況 <input checked="" type="checkbox"/> 急変の可能性と対応方法 <input type="checkbox"/> 併診医、関係事業所との連携 <input type="checkbox"/> 配慮してほしいこと
退院時必要書類等	<input checked="" type="checkbox"/> 退院予定の連絡 *退院の検討を始めた段階で、ご連絡ください) <input checked="" type="checkbox"/> サマリー(看・リ・薬・栄・相) <input checked="" type="checkbox"/> 訪問看護指示書 <input type="checkbox"/> 特別訪問看護指示書 <input type="checkbox"/> 診療情報提供書(医・歯・リ・薬・栄) <input type="checkbox"/> 軽度者福祉用具貸与理由書 <input checked="" type="checkbox"/> 入浴可否判断書
必要な連絡先 在宅生活に必要な要件	<input type="checkbox"/> 成年後見人(氏名: 連絡先: Tel:) 本人の回復状況。屋内の転倒危険因子の見直し。長男の協力内容、緊急の連絡がつくこと。 民生委員の* * *さん、近隣の@@さんの協力を得ています。

*CF:カンファレンス、IC:インフォームドコンセントの略とする

記載例【入・退院時連絡シート】(共通)

記載 ・ 送付日

20××年 ×月 ×日(×)曜日

富士見市・ふじみ野市・三芳町方式

*情報開示同意の確認は病院施設側は行うこと(居宅介護支援事業所は確認済み)

この情報開示及び連絡をとることにご本人・ご家族(ふじみ野三郎 様)は同意されています。

医療機関名：ただいま病院
 所属部署：看護部 A病棟
 氏名：看護 C子
 電話：049-888-888

退院時連絡
病院記入例
が入ります。

包括・居宅名：おかえりプラン
 氏名：三芳 次郎 ケアマネジャー 様
 電話：049-666-666
 F A X：049-777-777

ふりがな 氏名	ふじみの はなこ ふじみ野 花子 様	男・女 <input checked="" type="radio"/> 男	明・大・昭・平・令 13年 4月 1日生 [84]歳		
住所 (施設)	〒356-0011 ふじみ野市福岡1-1-1	TEL 自宅 123-45-789 携帯			
緊急 連絡者	① ふじみ野 三郎 続柄:長男 同居 <input checked="" type="radio"/> 別居 C 県・市在住 TEL: 987-654-321 ② 続柄: 同居・別居 県・市在住 TEL: ③ 続柄: 同居・別居 県・市在住 TEL:				
入院期間	入院日 20 ××年 ×月 ○日 ~ 退院日 20 ××年 ○月 ×日				
主治医	(循環器内科)科: (富士見 太郎)医師				
入院時の 診断名	うっ血性心不全急性増悪、肺水腫、糖尿病、便秘症、認知症				
入院時の 症状・主訴	胸苦しい、気持ちが悪い、足が重たい				
病状説明	本人へ: <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり: 内容(心臓が弱っています。塩辛いものは控えて、薬を忘れないで飲みましょう。) 本人の理解、納得は不明 家族へ: <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり: 内容(○月○日○時~長男様へ説明予定)				
本人の病気・障害・ 状態の受容(ACP等)	生きているのがつらい、早くお迎えが来てほしい。家で好きなように暮らしたい。				
家族の病気・障害・ 状態の受容(ACP等)	○月○日に確認予定 在宅療養生活の方針、ACPにつながる情報です。できるだけご記入下さい。				
入院中又は在宅で 気になったエピソード・ 本人や家族の言動等	<input checked="" type="checkbox"/> 本人: 病院のご飯は味がしない、家で饅頭が食べたいよ。息子には会いたくない。 <input type="checkbox"/> 家族: <input type="checkbox"/> * 同封の居宅サービス 病名を略語で記入しないでください。				
既往歴	病名	年齢	経過	医療機関名	処方薬
かかりつけ 医等	うっ血性心不全、心房細動	78	<input checked="" type="radio"/> 通院・入院・手術・訪問	ただいま病院	なし・ <input checked="" type="radio"/> あり
(歯科医院も 忘れずに)	両目 白内障	74	<input checked="" type="radio"/> 通院・入院 <input checked="" type="radio"/> 手術・訪問	うちゅう眼科	なし・ <input checked="" type="radio"/> あり
	脊柱管狭窄症 変形性膝関節症	70	<input checked="" type="radio"/> 通院・入院・手術・訪問	たいよう整形外科	なし・ <input checked="" type="radio"/> あり
	糖尿病	65	<input checked="" type="radio"/> 通院・入院・手術・訪問	ただいま病院	なし・ <input checked="" type="radio"/> あり
			通院・入院・手術・訪問		なし・あり

退院後の 主治医	[<u>ただいま</u>] <u>病院</u> 医院・クリニック [<u>富士見 太郎</u> (<u>循内</u>)/ <u>川越 五郎</u> (<u>内</u>)] 医師 [通院: <u>1回</u> / <u>1月</u> ・ 週]
	初回外来/訪問診療日 20 × × 年 ○ 月 △ 日 (<u>富士見医師</u> / <u>川越医師</u>) 外来・医師

◎生活の状況

入院時間診票やデータベースに添って、省略しないで記入しましょう。

家族構成	生活歴	住環境			
・男性:□ 女性:○ 本人:☑(男性)◎(女性) ・キーパーソン:K 主介護者:☆ 逝去:●● ・同居者は線で囲む 年齢 居住地 健康状態 10年前 脳卒中82歳 姉:1年前乳がん86歳 Y県 長男:C県D市 60歳 建設業	Y県生まれ。高校卒業後 都内で事務職に就く。 26歳で結婚後、ふじみ野市 で夫と八百屋を営んでいた。 20年前に廃業。75歳まで パートで近所の総菜屋で 働く。長男とは疎遠。独居。 趣味・価値観・生きがい お話好きだが、長男の話は 避けようとする。体調が回復 してからは、自分の事は 自分でやりたいと話す。	住居	巨建・集合住宅	持ち家・借家	
		自宅	(2) 階	エレベーター	あり・なし
		寝室	(1) 階	階段手すり	あり・なし
		トイレ	洋・和	トイレ手すり	あり・なし
		浴槽	浅・深	浴室手すり	あり・なし
		寝具		ベッド・布団	
		室内段差		あり・なし	
		高い段差の場所	(玄関)		

保険種別	<input type="checkbox"/> 健保 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 共済 <input checked="" type="checkbox"/> 後期高齢1割 <input type="checkbox"/> 労災 <input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> 特定疾患 <input type="checkbox"/> 生保(担当:)
障害認定	<input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 身障 <input checked="" type="checkbox"/> ケアマネ情報・高齢者あんしんセット 医療 障害名()
要介護度	<input type="checkbox"/> 事業対象者 <input type="checkbox"/> 申請 <input checked="" type="checkbox"/> 介護保険証の情報を確認しましょう。 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input checked="" type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 有効期間: 令和○年 ○月 ×日～ 令和×年 △月 ○日
経済状況	<input type="checkbox"/> 共済年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input checked="" type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 遺族年金 <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 他

身体状況の情報は、退院後の生活に大きく関係します。

また、サービス導入の参考になります。ご記入をお願いします。

◎身体・ADLの状況

身体状況	身体状況	身長(150)cm(○月 △日) 体重(57)Kg(○月 △日)
	麻痺	右:上肢[<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり] 下肢[<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり] 左:上肢[<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり] 下肢[<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり]
	筋力低下	右:上肢[<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり] 下肢[<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり] 左:上肢[<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり] 下肢[<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり]
	嚥下障害	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり [<input type="checkbox"/> 咀嚼 <input type="checkbox"/> 咽頭への送り込み <input type="checkbox"/> 咽頭期 <input type="checkbox"/> 他()] <input type="checkbox"/> 不明
認知症症状 高次脳機能 障害	<input checked="" type="checkbox"/> 記憶障害 <input type="checkbox"/> 見当識障害 <input type="checkbox"/> 理解判断力の障害 <input type="checkbox"/> 実行機能障害 <input type="checkbox"/> 失認 <input type="checkbox"/> 失語 <input type="checkbox"/> 失行 <input type="checkbox"/> 注意障害 <input type="checkbox"/> 不穏 <input type="checkbox"/> 半側空間無視 <input type="checkbox"/> 幻覚・幻聴 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 性的問題行動	
入院前の 日常生活 自立度	障害高齢者の日常生活自立度:	<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 checked="" type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2
	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 checked="" type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M
食事 (栄養)	方法	<input checked="" type="checkbox"/> 経口(箸・スプーンフォーク・補助具) <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 腸ろう <input type="checkbox"/> 経鼻経管 <input type="checkbox"/> 中心静脈 <input type="checkbox"/> 末梢点滴
	動作	<input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守りが必要 <input type="checkbox"/> 介助が必要 <input type="checkbox"/> 全介助(用具や介助内容:)
	内容	主食: <input type="checkbox"/> 米飯 <input checked="" type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> ミキサー粥 <input type="checkbox"/> 他()
		副食: <input type="checkbox"/> 常菜 <input checked="" type="checkbox"/> 軟菜 <input type="checkbox"/> 他()
形態	熱量:(1200)Kcal/日 蛋白:()g/日 塩分:(7)g/日 水分:(食事以外で300)ml/日 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> ひと口大 <input checked="" type="checkbox"/> 刻み()cm角 <input type="checkbox"/> ソフト <input type="checkbox"/> ペースト <input type="checkbox"/> トロミ(学会分類コード -)	
排泄 (尿)	尿意	<input checked="" type="checkbox"/> あり失敗あり <input type="checkbox"/> なし 排尿回数:(10)回以上/日、導尿回数:()回/日、おむつ交換回数:(6)回/日
	方法	<input checked="" type="checkbox"/> トイレ <input checked="" type="checkbox"/> ポータブル夜間 <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> 尿器 <input checked="" type="checkbox"/> リハビリパンツ <input type="checkbox"/> 布パンツ <input checked="" type="checkbox"/> パット <input type="checkbox"/> 尿管 <input type="checkbox"/> 尿路ストマ
	動作	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 見守りが必要 <input type="checkbox"/> 介助が必要 <input type="checkbox"/> 全介助(介助内容:リハビリパンツの上げ下げ、失禁時交換)

排泄 (便)	便意	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	排便回数: ()回/日、 または (2~3)日に1回
	方法	<input checked="" type="checkbox"/> トイレ <input checked="" type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> リハパンツ <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> 便器 <input type="checkbox"/> 消化管ストマ	
	動作	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 見守りが必要 <input type="checkbox"/> 介助が必要 <input type="checkbox"/> 全介助(用具や介助内容: 排便後の拭きとりの指示)	
整容 (髪・爪・目・耳・鼻・口)	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守りが必要 <input checked="" type="checkbox"/> 介助が必要 <input type="checkbox"/> 全介助(用具や介助内容: 爪切り全介助、歯磨き残し確認)		
	義歯: 上: <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり 下: <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> 部分入歯・ <input checked="" type="checkbox"/> 総入歯・ <input type="checkbox"/> インプラント)		
入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守りが必要 <input checked="" type="checkbox"/> 介助が必要 <input type="checkbox"/> 全介助(用具や介助内容: 背中・足先・臀部の洗体)		
	<input type="checkbox"/> 一般浴 <input type="checkbox"/> シャワー浴 <input checked="" type="checkbox"/> 機械浴 <input type="checkbox"/> 清拭 <input type="checkbox"/> 行わず <input type="checkbox"/> 他()		
更衣	上衣: <input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守りが必要 <input type="checkbox"/> 介助が必要 <input type="checkbox"/> 全介助	下衣: <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守りが必要 <input checked="" type="checkbox"/> 介助が必要 <input type="checkbox"/> 全介助	
基本動作	寝返り	<input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守りが必要 <input type="checkbox"/> 介助が必要 <input type="checkbox"/> 全介助	用具や介助内容: つかまれば可能
	起き上がり	<input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守りが必要 <input type="checkbox"/> 介助が必要 <input type="checkbox"/> 全介助	用具や介助内容: つかまり、ギャッジアップで可能
	座位	<input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守りが必要 <input type="checkbox"/> 介助が必要 <input type="checkbox"/> 全介助	用具や介助内容: 背もたれ、支えが必要
	移乗	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守りが必要 <input checked="" type="checkbox"/> 介助が必要 <input type="checkbox"/> 全介助	用具や介助内容: 立ち上がり時にふらつきあり
移動	補助具	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖・手すり <input type="checkbox"/> シルバーカー <input type="checkbox"/> 歩行者 <input type="checkbox"/> 装具 <input checked="" type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> リクライニング車いす	
	動作	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守りが必要 <input checked="" type="checkbox"/> 介助が必要 <input type="checkbox"/> 全介助(介助内容: 易疲労のため自走できない)	
知覚	視力	<input type="checkbox"/> 問題なし <input checked="" type="checkbox"/> やや難あり(両目・右目・左目) <input type="checkbox"/> 見えない	眼鏡: <input checked="" type="checkbox"/> あり使っていない <input type="checkbox"/> なし
	聴力	<input type="checkbox"/> 問題なし <input checked="" type="checkbox"/> 大きな声で聞こえる(両耳・右耳・左耳) <input checked="" type="checkbox"/> 補聴器・集音器で聞こえる <input type="checkbox"/> 聞こえない	
伝達	方法	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 筆談 <input type="checkbox"/> 手話 <input type="checkbox"/> 文字盤 <input type="checkbox"/> パソコン <input type="checkbox"/> 点字 <input type="checkbox"/> 意思伝達装置()	
	会話	<input type="checkbox"/> 普通 <input checked="" type="checkbox"/> おおむね可能 <input type="checkbox"/> 簡単な返事は可能 <input type="checkbox"/> できない	
睡眠	状況	<input type="checkbox"/> 良 <input checked="" type="checkbox"/> 不良	睡眠剤: <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()
嗜好	喫煙: <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり(入院前1~2)本位/日	飲酒: <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()を()ml位/日	
精神面における療養上の問題	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり:(<input type="checkbox"/> うつ病 <input type="checkbox"/> 適応障害 <input type="checkbox"/> 統合失調症 <input type="checkbox"/> 双極性障害 <input type="checkbox"/> 依存症 <input type="checkbox"/> 神経症 <input type="checkbox"/> 器質性認知症 <input type="checkbox"/> 発達障害 <input type="checkbox"/> 認知症(BPSD) <input checked="" type="checkbox"/> 他) 今後の生活に向けて必要な項目ですので、後ろ向きな発言がある		
家族の介護力	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(<input type="checkbox"/> 通常 <input type="checkbox"/> 特需) ご記入をお願いします。		
家族や同居者等による虐待の疑い	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(内容: 母子関係が疎遠な原因が不明で、解決に至らず。今後、自宅生活が継続可能か検討を要す)		
家族への介護指導	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり⇒理解(<input type="checkbox"/> 十分 <input checked="" type="checkbox"/> 不十分(問題点: 他県在住、また就労のため月に1~2回帰省し安否確認なら可也。)		
禁忌事項 (禁忌動作等)	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(内容: 訪問・通所系・短期入所サービス利用にも)		
◎ 医療状況			
アレルギー	薬品: <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	食品: <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり(桃)	金属・ゴム・絆創膏・()
感染症	<input type="checkbox"/> HBV <input type="checkbox"/> HCV <input type="checkbox"/> MRSA : <input type="checkbox"/> 保菌 <input type="checkbox"/> 発症(<input type="checkbox"/> 痰 <input type="checkbox"/> 血液 <input type="checkbox"/> 尿 <input type="checkbox"/> 創部) <input type="checkbox"/> 他()		
医療処置	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> 高カロリー中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 静脈注射 <input checked="" type="checkbox"/> 自己注射 <input checked="" type="checkbox"/> 血糖測定(4)回/日 病棟看護師が行っている		
	<input type="checkbox"/> 酸素(/分) <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 透析(血液・腹膜) <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 経鼻栄養 <input type="checkbox"/> 経腸栄養(種類: 、サイズ: Fr、最終交換(予定)日: /) <input type="checkbox"/> 尿道カテーテル(種類: 、サイズ: Fr、最終交換(予定)日: /) <input type="checkbox"/> 自己導尿 <input type="checkbox"/> 尿路ストマ(使用装具: 、交換頻度:) <input type="checkbox"/> 消化管ストマ(使用装具: 、交換頻度:) <input checked="" type="checkbox"/> 排便コントロール: 下剤・摘便・浣腸・その他 <input type="checkbox"/> ドレーン管理(挿入部: 処置頻度: 通常の排泄量: ml/日) <input type="checkbox"/> 褥瘡(部位:) <input type="checkbox"/> 創処置(部位:) <input type="checkbox"/> 疼痛コントロール(部位:) <input checked="" type="checkbox"/> 医療材料(インスリン・血糖測定検討中) <input type="checkbox"/> 衛生材料(): 在宅療養指導管理医療機関(当院予定) セルフケアで可能か、訪問看護師・通所系施設看護師・外来看護師との連携の必要性を判断し、訪問診療医等と情報共有が必要な項目になります。		

医療処置方法	<input type="checkbox"/> 自己管理 <input type="checkbox"/> 家族管理 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input checked="" type="checkbox"/> 他(インスリン製剤、血糖測定回数を主治医・薬剤師と検討中)
急変時受け入れ病院	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり:(ただいま 病院) かかりつけ薬局 ふじみ野市 ちきゅう 薬局・P 店
内服薬	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり(別紙参照: <input checked="" type="checkbox"/> お薬手帳 <input checked="" type="checkbox"/> 薬剤情報提供書 <input type="checkbox"/> 診療情報提供書 <input type="checkbox"/> 看護サマリー <input type="checkbox"/> 他
薬剤管理	<input type="checkbox"/> 自己管理 <input type="checkbox"/> 家族管理() <input checked="" type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問薬剤師 <input checked="" type="checkbox"/> 訪問介護 <input checked="" type="checkbox"/> 他(Kデイサービス)
病院・施設・訪問看護上の課題点	<input checked="" type="checkbox"/> 治療・療養方針 <input checked="" type="checkbox"/> 水分管理 <input checked="" type="checkbox"/> 食生活に必要 <input type="checkbox"/> 活動量 <input type="checkbox"/> 排泄(排便・嘔下機能) <input type="checkbox"/> 皮膚(睡眠) <input type="checkbox"/> 自己管理状況 <input checked="" type="checkbox"/> 療養生活に必要な指導(誰に・何を・どう・結果) <input type="checkbox"/> 介護者支援や関係調整 <input type="checkbox"/> 訪問歯科衛生指導 <input type="checkbox"/> 生命予後、病状、ADL変化予測 <input type="checkbox"/> 寝たきり・悪化予防 <input type="checkbox"/> 急変時対応 <input checked="" type="checkbox"/> ACP・看取り <input type="checkbox"/> 災害時対応 <input checked="" type="checkbox"/> 看看連携(H訪問看護・Kデイ) <input checked="" type="checkbox"/> 退院後の外来予定先・月日(当院○月△日) <input checked="" type="checkbox"/> 住環境/医療・介護機器 在宅自己注射指導管理等
病院・施設・訪問リハビリ上の課題点	<input checked="" type="checkbox"/> 本人指導 <input type="checkbox"/> 家族指導 <input checked="" type="checkbox"/> 関節可動域練習(ストレッチ含む) <input type="checkbox"/> 筋力増強運動 <input type="checkbox"/> 疼痛管理 <input type="checkbox"/> 麻痺・筋緊張改善練習 <input checked="" 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"/> 高次脳訓練 <input checked="" type="checkbox"/> ADL練習(入浴/トイレ動作/移乗移動等) <input type="checkbox"/> IADL練習(買い物、調理等) <input type="checkbox"/> 外出訓練 <input type="checkbox"/> 運動耐用能練習 <input type="checkbox"/> 更生装具・福祉用具等管理 <input type="checkbox"/> 住環境 <input type="checkbox"/> 家屋改修 <input type="checkbox"/> リハビリの意欲目標 <input type="checkbox"/> 社会参加支援 <input type="checkbox"/> 就労支援 <input type="checkbox"/> 趣味活動 <input checked="" type="checkbox"/> リハビリ連携(H訪問リハ・Kデイ事業所等) <input type="checkbox"/> 他
病院・施設・訪問栄養管理の課題点	<input type="checkbox"/> 本人指導 <input type="checkbox"/> 家族指導 <input checked="" type="checkbox"/> 栄養状態 <input checked="" type="checkbox"/> 食事療法(糖尿病・心不全) <input checked="" type="checkbox"/> 嗜好・偏食・食べたい物 甘味好き <input type="checkbox"/> 認知力、精神面 <input type="checkbox"/> 嚥下機能 <input type="checkbox"/> 食形態 <input type="checkbox"/> 調理指導 <input checked="" type="checkbox"/> 食品選択、買い物方法 <input checked="" type="checkbox"/> 通販、配食サービス <input type="checkbox"/> 栄養補給・補助食品 <input type="checkbox"/> 終末期の栄養水分摂取 <input type="checkbox"/> 食事療法アドヒアランス <input checked="" type="checkbox"/> 栄養士連携(H訪問看護リハ・配食サービス・Kデイ・M訪問介護 施設・病院) <input type="checkbox"/> 他()
病院・薬局薬剤管理の課題点	<input type="checkbox"/> 本人指導 <input type="checkbox"/> 家族指導 <input checked="" type="checkbox"/> 処方薬の薬効評価 <input type="checkbox"/> 副作用、アレルギー <input type="checkbox"/> 薬品保管方法 <input checked="" type="checkbox"/> 薬剤形状形態(嚥下機能) <input checked="" type="checkbox"/> ポリファーマシー <input type="checkbox"/> 服薬アドヒアランス <input type="checkbox"/> 他() <input type="checkbox"/> 相互作用(併診処方薬、OTC薬、健康食品等) <input checked="" type="checkbox"/> 調剤薬局連携(ふじみ野市 ちきゅう調剤薬局 P店)
MSWの課題点	<input type="checkbox"/> 各種医療費助成制度活用 <input type="checkbox"/> 各種制度申請支援 <input type="checkbox"/> 地域移行・定着支援 <input type="checkbox"/> 生活面・悩み相談 <input checked="" type="checkbox"/> 家族等関係性調整(虐待などを含む) <input type="checkbox"/> 社会復帰・就労・復学支援 <input type="checkbox"/> 一時入院、受診窓口相談 <input type="checkbox"/> 外出・外泊支援 <input type="checkbox"/> 逝去時連絡先 <input type="checkbox"/> その他(患者会・事前意思表示・ACP・がん相談・献体等)

◎包括・ケアマネジャー情報

入院歴	最近半年間での入院 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(期間 年 月 日～ 年 月 日(理由:))
入院頻度	<input type="checkbox"/> 頻度は高い/繰り返し <input type="checkbox"/> 頻度は低いがこれまでもあり <input type="checkbox"/> 今回が初めて
入院前の利用サービス	* 同封の書類をご確認下さい <input type="checkbox"/> 居宅サービス計画書1.2.3 <input type="checkbox"/> 他()
カンファレンスの希望	<input type="checkbox"/> IC同席 <input type="checkbox"/> 介護連携CF <input type="checkbox"/> 多職種CF <input type="checkbox"/> 退院前共同CF <input type="checkbox"/> 退院前訪問指導同行
ケアマネジメント上の課題点	入院前の生活課題: 自己ケア能力・人間関係・介護力・住環境・経済面・心身変化・入院原因・ケアプラン評価等
お互いの確認事項	<input type="checkbox"/> 予想される入院期間・退院時期・生活における病状注意点 <input type="checkbox"/> 生活や暮らし方が変化することへの受け止め <input type="checkbox"/> ICの内容 <input checked="" type="checkbox"/> ACP <input type="checkbox"/> 大切にしている事 <input checked="" type="checkbox"/> 新たな医療処置 <input checked="" type="checkbox"/> 排泄・食事・清潔ケア・移乗・移動などサービス支援への留意点 <input type="checkbox"/> 退院後の新規医療管理先や変更(病院・かかりつけ医・訪問診療・訪問看護・リハビリ、薬剤師、通所先) <input checked="" type="checkbox"/> 服薬状況 <input type="checkbox"/> ADL・IADL低下の予想 <input type="checkbox"/> 区分変更の必要性 <input checked="" type="checkbox"/> 入所や転院の可能性 <input checked="" type="checkbox"/> 急変の可能性と対応方法 <input checked="" type="checkbox"/> 併診医、関係事業所との連携 <input type="checkbox"/> 配慮してほしいこと
退院時必要書類等	<input type="checkbox"/> 退院予定の連絡 *退院の検討を始めた段階で、ご連絡ください <input type="checkbox"/> サ カンファレンス開催の日時は、直接、確実に伝えましょう! <input type="checkbox"/> 診療情報提供書(医・歯・リ・薬・栄) <input type="checkbox"/> 軽度者福祉用具貸与理由書 <input type="checkbox"/> 入浴可否判断書
必要な連絡先 在宅生活に必要な要件	<input type="checkbox"/> 成年後見人(氏名: 連絡先: Tel:) 電話でもお伝えしましたが、○月○日14:00～14:30当院の8階会議室で退院前カンファレンス開催予定です。ご参加頂きますよう、お願い致します。関係者の方にご連絡下さい。

* CF:カンファレンス、IC:インフォームドコンセントの略とする