

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とることにご本人・ご家族(ふじみ野市)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。

退院と同時に送付するのではなく、
「退院が予測」された時点で
送付し、退院調整を開始していきます。
FAX：049-777-777

ふりがな 氏名	ふじみ野 花子 様		男・女 ☒	明・大・昭・平・令 ○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 123-456-789 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 (予定)				
主治医	(循環器内科) 退院日が決定していない場合は、予定日を記載します。				
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 重症心不全、呼吸困難、意識障害、脱水、低カルシウム血症、IC状況、病状の受け止めは、療養の方向性を統一するにあたり大切な情報となります。				
病状説明	本人へ：口を閉ざし、水分を摂取しないので飲みましょう。本人の理解・納得は不明				
	家族へ： ☒ なし ☐ あり：内容(○月○日心不全の末期状態。飲水制限や内服できない場合は再発する。介護協力はできない旨の返答あり。×日に再度面接予定)				
本人の病気・障害・ 状態の受容、意向	生きています。在宅療養生活の方針、患者家族の意向・ACPIにつながる内容です。				
家族の病気・障害・ 状態の受容、意向	○月×日 意思決定支援状況を教えてください。詳細はケアマネ等との面接時にお伝えください。				
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	☒ 本人：病院で家で鰻頭が食べたいよ。息子には会いたくない。 ☐ 家族： ☐ *同封の居宅サービス利用 医療略語で記入しないようお願いします。				
既往歴	病名	年齢	経過	医療機関名	処方薬
かかりつけ 医等 (歯科医院も 忘れずに)	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	なし・あり
	両目 白内障	74	通院・入院・手術・訪問	うちゅう眼科	なし・あり
	脊柱管狭窄症 変形性膝関節症	70	通院・入院・手術・訪問	たいよう整形外科	なし・あり
	糖尿病	65	通院・入院・手術・訪問	ただいま病院	なし・あり
			通院・入院・手術・訪問		なし・あり

◎これまでの生活と現在の状況		家族等の状況	生活歴	居住環境	
		・男性：□ 女性：○ 本人： ☒ ・キーパーソン：K 主介護者：☆ ・同居者は線で囲む 年齢 居住地	入院時間診療票やデータベースに添って省略せず記入しましょう。 入院中に得た新しい情報は、きちんと追記しましょう。	☒ 戸建 ・集合住宅 持ち家 ・ ☒ 借家	
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	でハートで近所の総菜屋で働く。長男とは疎遠。独居。	エレベーター あり・ ☒ なし 階段手すり あり・ ☒ なし トイレ手すり あり・ ☒ なし 浴室手すり あり・ ☒ なし	寝室 (1)階 洋・和 浴槽 浅・深 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		☐ 健保 ☐ 国保 ☐ 共済 ☒ 後期高齢者割 ☐ 労災 ☐ 交通事故 ☐ 特定疾患 ☐ 生保(担当：)			
障害認定		☐ 申請中 ☐ 身障			
要介護度		☐ 事業対象者 ☐ 申請中 要支援 ☐ 1 ☐ 2 要介護 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 有効期間：令和〇年 〇月 ×日～ 令和×年 △月 〇日			
経済状況		☐ 共済年金 ☐ 厚生年金 ☒ 国民年金 ☐ 遺族年金 ☐ 障害年金 ☐ 生活保護 ☐ 他			
◎身体・ADLの状況		退院後の生活に大きく関係する情報です。 自立に向けてのサービス導入の参考になります。			
身体状況	身体状況	身長(150)cm(〇月 △日) 体重(57)Kg(〇月 △日)			
	☐ 拘縮 ☐ 麻痺	右：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			
	嚥下障害	☒ なし ☐ あり[☐ 咀嚼 ☐ 咽頭への送り込み ☐ 咽頭期 ☐ 他()] ☐ 不明			
認知機能や判断能力	☒ 記憶障害 ☐ 見当識障害 ☐ 理解判断力の障害 ☐ 実行機能障害 ☐ 失認 ☐ 失語 ☐ 失行 ☐ 注意障害 ☐ 不穏 ☐ 半側空間無視 ☐ 幻覚・幻聴 ☐ 妄想 ☐ 徘徊 ☐ 介護への抵抗 ☐ 暴言 ☐ 不潔行為 ☐ 異食 ☐ 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	日常の意思決定を行うための認知機能の程度、判断能力の状況、認知症の場合：中核症状や行動・心理状況は、患者が退院後、日常生活をどのようにサポートされるべきかを判断するための基礎情報となります。			C1 ☐ C2 ☐
食事(栄養)	方法	☒ 経口(箸 スプーン フォーク補助具) ☐ 胃ろう ☐ 腸ろう ☐ 経鼻経管 ☐ 中心静脈 ☐ 末梢点滴			
	動作	☒ 自立 ☐ 見守りが必要 ☐ 介助が必要 ☐ 全介助(用具や介助内容：)			
	内容	主食： ☐ 米飯 ☒ 全粥 ☐ ミキサー食			
		副食： ☐ 常菜 ☒ 軟菜 ☐ 他			
形態	熱量：(1200)Kcal/日 蛋白質：(7)g/日 水分：(食事以外で300)mℓ/日				
排泄状況(尿)	尿意	☒ あり失敗あり ☐ なし 排尿回数：()回/日、おむつ交換回数：(6)回/日			
	方法	☒ トイレ ☒ ポータブル夜間 ☐ おむつ リハビリパンツ ☐ 布パンツ ☒ パット ☐ 尿管 ☐ 尿路ストマ			
	動作	☐ 自立 ☒ 見守りが必要 ☐ 介助が必要 ☐ 全介助(介助内容：リハビリパンツの上げ下げ、失禁時交換)			

排泄状況 (便)	便意	☒ あり ☐ なし 排便回数: ()回/日、 または (2~3)日に1回	
	方法	☒ トイレ ☒ ポータブル ☐ リハパンツ ☐ おむつ ☐ 便器 ☐ 消化管ストマ	
	動作	☐ 自立 ☒ 見守りが必要 ☐ 介助が必要 ☐ 全介助(用具や介助内容: 排便後の拭きとりの確認)	
整容 (髪・爪・目・耳・鼻・口)	☐ 自立 ☐ 見守りが必要 ☒ 介助が必要 ☐ 全介助(用具や介助内容: 爪切り全介助、うがい磨き残し確認、後始末)		
	義歯: 上: ☐ なし ☒ あり 下: ☐ なし ☒ あり (☐ 部分入歯 ・ ☒ 総入歯 ・ ☐ インプラント)		
入浴	☐ 自立 ☐ 見守りが必要 ☒ 介助が必要 ☐ 全介助(用具や介助内容: 背中・足先・臀部の洗体)		
	☐ 一般浴 ☐ シャワー浴 ☒ 機械浴 ☐ 清拭 ☐ 行わず ☐ 他()		
更衣	上衣:	☒ 自立 ☐ 見守りが必要 ☐ 介助が必要 ☐ 全介助 下衣: ☐ 自立 ☐ 見守りが必要 ☒ 介助が必要 ☐ 全介助	
基本動作	寝返り	☒ 自立 ☐ 見守りが必要 ☐ 介助が必要 ☐ 全介助(用具や介助内容: 柵につかまれば可能)	
	起き上がり	☐ 自立 ☐ 見守りが必要 ☐ 介助が必要 ☐ 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	☐ 自立 ☐ 見守りが必要 ☐ 介助が必要 ☐ 全介助(用具や介助内容: 背もたれ、支えが必要)	
	移乗	☐ 自立 ☐ 見守りが必要 ☐ 介助が必要 ☐ 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	☐ 独歩 ☐ 杖・手すり ☐ シルバーカー ☐ 歩行器 ☐ 装具 ☒ 車いす ☐ リクライニング車いす	
	動作	☐ 自立 ☐ 見守りが必要 ☒ 介助が必要 ☐ 全介助(介助内容: 易疲労のため自走できない)	
知覚	視力	☐ 問題なし ☒ やや難あり(両目・右目・左目) ☐ 見えない 眼鏡: ☒ あり使っていない ☐ なし	
	聴力	☐ 問題なし ☒ 大きな声で聞こえる(両耳・右耳・左耳) ☒ 補聴器・集音器で聞こえる ☐ 聞こえない	
コミュニケーション 理解と表出	方法	☒ なし ☐ 筆談 ☐ 手話 ☐ 文字盤 ☐ パソコン ☐ 点字 ☐ 意思伝達装置 ☐ 電話 ☐ スマホ	
	会話	☐ 普通 ☒ おおむね可能 ☐ 簡単な返事は可能 ☐ できない	
睡眠	状況	☐ 良 ☒ 不良 睡眠剤: ☒ なし ☐ あり()	
嗜好	喫煙: ☐ なし ☒ あり(入院前1~2)本位/日 飲酒: ☒ なし ☐ あり()を()ml位/日		
精神面における 療養上の問題	☐ なし ☒ あり:(☐ うつ病 ☐ 適応障害 ☐ 統合失調症 ☐ 双極性障害 ☐ 依存症 ☐ 神経症 ☐ 発達障害 ☐ 認知症(BPSD) ☒ 他()		
家族の介護支援力	☒ なし ☐ あり 退院後の生活にかかわる情報項目です。 詳細は面接等で補足してください。		
家族や同居者等による 虐待の疑い	☐ なし ☐ あり(内容: 母子関係が疎遠な原因が面会では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	☐ なし ☒ あり⇒理解(☐ 十分 ☒ 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能と。)		
禁忌事項 (禁忌動作等)	☒ なし ☐ あり(内容: 訪問・通所系・短期入所サービス利用時に必要な情報です。)		

◎ 医療状況

アレルギー	薬品: ☒ なし ☐ あり() 食品: ☐ なし ☒ あり(桃) 金属・ゴム・絆創膏・()	
感染症	☐ HBV ☐ HCV ☐ MRSA ・ ☐ 保菌 ☐ 発症(☐ 疹 ☐ 血液 ☐ 尿 ☐ 創部) ☐ 他(なし)	
医療処置	☐ なし 入院中に習得したセルフケア、退院指導を踏まえて、記入します。 退院後(訪問・通所・転院先・通院先看護師との)継続ケアが必要になります。 また、在宅の主治医との情報共有が必要な項目です。	
	☐ 高カロリー ☐ 酸素() ☐ 胃ろう ☐ 経腸栄養(種類: 、サイズ: Fr、最終交換(予定)日: /) ☐ 尿管 ☐ 自己導尿 ☒ 排便コントロール() ☐ 褥瘡 ☐ 管理(挿入部) ☐ 他() 交換頻度:)	
	在宅療養指導管理に必要な物品・衛生材料の支給は自院で整えて退院調整しましょう。	
	☐ 疼痛コントロール ☐ 口腔内(☐ 歯 ☐ 歯周 ☐ 舌 ☐ 粘膜) ☐ 他() ☒ 医療材料(インスリン・血糖測定検討中) ☐ 衛生材料():在宅療養指導管理医療機関(当院予定)	

医療処置方法	☐ 自己管理 ☐ 家族管理 ☐ 訪問看護 ☒ 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	☐ なし 退院後の療養生活をイメージし、確認しましょう。 ふじみ野市 ちきゅう 薬局・P 店
内服薬	☐ なし ☒ あり(別紙参照: ☒ お薬手帳 ☒ 薬剤情報提供書 ☐ 診療情報提供書 ☐ 看護サマリー ☐ 他
薬剤管理	☐ 自己管理 ☐ 家族管理() ☒ 訪問看護 ☐ 訪問薬剤師 ☒ 訪問介護 ☒ 他(Kディサービス)
病院・施設・訪問看護上の課題点	☒ 治療・療養生活に必要な指導(誰に・何を・どう・結果) ☐ 観察注意点 ☒ 水分管理 ☐ 睡眠 ☒ 自己管理状況 ☐ 活動量 ☐ 口腔ケア ☐ 清潔ケア ☒ 療養生活 ☐ 歯科衛生指導 ☐ 生命予後 ☐ 看取り ☐ 災害時対応 ☒ 看視 ☐ 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	☒ 本人指導 ☐ 家族指導 ☐ 関節可動域練習(ストレッチ含む) ☐ 筋力増強運動 ☐ 疼痛管理 ☐ 麻痺・筋緊張改善練習 ☒ 起居/立位等基本動作練習 ☐ 摂食・嚥下訓練 ☐ 高次脳訓練 ☒ ADL練習 ☐ 外出訓練 ☐ 運動耐 ☐ リハビリの意欲目標 ☐ 社会参加 ☐ 趣味活動 ☐ リハビリ連携(H訪問リハ・Kディ・M訪問介護 施設・病院) ☐ 他
病院・施設・訪問栄養管理の課題点	☐ 本人指導 ☐ 家族指導 ☐ 関与(嚥下機能・食形態・調理指導) ☒ 嗜好・偏食・食べたい物 甘味好き ☐ 認知力、精神面 ☐ 嚥下機能 ☐ 食形態 ☐ 調理指導 ☒ 食品選択、買い物方法 ☒ 通販、配食サービス ☐ 栄養補給・補助食品 ☐ 終末期の栄養水分摂取 ☐ 食事療法アドヒアランス ☒ 栄養士連携(H訪問看護リハ・配食サービス・Kディ・M訪問介護 施設・病院) ☐ 他()
病院・薬局薬剤管理の課題点	☐ 本人指導 ☐ 家族指導 ☒ 処方薬の薬効評価 ☐ 副作用、アレルギー ☐ 薬品保管方法 ☒ 薬剤形状形態(嚥下機能) ☒ ポリファーマシー ☐ 服薬アドヒアランス ☐ 他() ☐ 相互作用(併診処方薬、OTC薬、健康食品等) ☒ 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	☐ 各種医療費助成制度活用 ☐ 各種制度申請支援 ☐ 地域移行・定着支援 ☐ 生活面・悩み相談 ☒ 家族等関係性調整(虐待などを含む) ☐ 社会復帰・就労・復学支援 ☐ 一時入院、受診窓口相談 ☐ 外出・外泊支援 ☐ 逝去時連絡先 ☐ 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	前回の入院加療の評価、病状・病期、自己管理能力、家族等の状況、ケアプランの評価等につながる情報です。
入院歴	最近半年間での入院 ☐ なし ☐ あり(期間: 年 月 日～ 年 月 日(理由:))
入院頻度	☐ 頻度は高い/繰り返し ☐ 頻度は低いがこれまでにあり ☐ 今回が初めて
入院前の利用サービス	* 同封 ケアマネジャーの「入院時連絡シート」に対応しているか確認してください。 ()
カンファレンスの希望	☐ IC同席 ☐ 介護連携CF ☐ 多職種CF ☐ 退院前共同CF ☐ 退院前訪問指導同行
ケアマネの今回の入院に対するアセスメント	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 ケアマネ⇄医療機関	退院後の留意事項、ケアプランに役立ててほしいことをお知らせ下さい。 安定した療養生活には、意思決定支援や悪化防止、急変時対応、予後(看取り)等の情報共有が必要で す。
退院時必要書類等	☐ 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 ☐ サマリー(看・リ・療・学・相) ☐ 訪問看護指示書 ☐ 特別訪問看護指示書 ☐ 診療情報提供書 ☐ 入浴可否判断書
必要な連絡先 在宅生活に必要な要件	☐ 成年後見人(氏名: 連絡先: 住所:) 電話でもお伝えしましたが、〇月〇日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

R7.4月 東入間医師会地域医療・介護相談室作成