

退院・退所時情報提供書

1. 基本情報・現在の状態等について

記入日：

記入者：

属性	フリガナ		性別	年齢	退院時の要介護度			
	氏名	様	男・女	歳	<input type="checkbox"/> 事業対象者 <input type="checkbox"/> 申請中	<input type="checkbox"/> 要支援（ ） <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 要介護（ ）	
入院概要		・入院日：		・退院予定日：				
	入院原因疾患							
	入院先	医療機関名：						
	今後の医学管理	医療機関名：				方法	<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 訪問診療	
① 疾患と入院中の状況	現在治療中の疾患	①		②		③		
	移動手段	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他（ ）						
	排泄方法	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> カテーテル・パウチ（ ）						
	入浴方法	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> 一般浴 <input type="checkbox"/> 機械浴 <input type="checkbox"/> 行わず						
	食事形態	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> その他（ ）					食事制限	<input type="checkbox"/> 制限なし <input type="checkbox"/> 制限あり
		【食事制限ありの場合、詳細をご記入ください】						
	嚥下機能（むせ）	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（時々・常に）			義歯	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（部分・総）		
	口腔清潔	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良 <input type="checkbox"/> 著しく不良				入院中の使用： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		
	口腔ケア	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助						
	睡眠	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良（ ）				眠剤使用 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		
	服薬管理	<input type="checkbox"/> 処方どおり <input type="checkbox"/> 時々飲み忘れあり <input type="checkbox"/> 飲み忘れが多く守られていない <input type="checkbox"/> 適量						
【服薬管理に問題がある場合、詳細をご記入ください】								
認知・精神	<input type="checkbox"/> 認知機能低下 <input type="checkbox"/> せん妄 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 焦燥・不穏 <input type="checkbox"/> 攻撃性 <input type="checkbox"/> その他（ ）							
② 受け止め／意向	＜本人＞ 病気、障害、 後遺症等の 受け止め方	本人への病名告知 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし						
	＜本人＞ 退院後の生活に 関する意向							
	＜家族＞ 病気、障害、 後遺症等の 受け止め方							
	＜家族＞ 退院後の生活に 関する意向							

