

退院時情報提供シート（医療機関→ケアマネジャー）

1. 基本情報・現在の状態 等

記入日：〇〇年〇月〇日

属性	フリガナ	マタ* 伊の	性別	年齢	退院(所)時の要介護度 (<input type="checkbox"/> 要区分変更)
	氏名	山田 一郎 様	<input checked="" type="checkbox"/> 男・女	80 歳	<input type="checkbox"/> 要支援 () <input checked="" type="checkbox"/> 要介護 (2) <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> なし
入院(所)概要	・入院(所)日：〇〇年〇月〇日 ・退院(所)予定日：〇〇年〇月〇日				
	入院原因疾患(入所目的等)	多発性脳梗塞			
	入院・入所先	施設名 〇〇病院 〇〇棟 〇〇〇室			方法 <input checked="" type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 訪問診療
① 疾患と入院(所)中の状況	今後の医学管理	医療機関名： 〇〇病院			不安定(〇〇〇) 不安定()
	現在治療中の疾患	①多発性脳梗塞 ②糖尿病 ③		疾患の状況 *番号記入	
	移動手段	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> その他 ()			UDF等の食形態区分
	嚥下機能(むせ)	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり (時々・常に)		義歯	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり(部分・総)
	口腔清潔	<input type="checkbox"/> 良 <input checked="" type="checkbox"/> 不良 <input type="checkbox"/> 著しく不良		入院(所)中の使用： <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
	口腔ケア	<input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			
	睡眠	<input checked="" type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良 ()			眠剤使用 <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
認知・精神	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> その他 (服薬忘れ)				
② 受け止め/意向	<本人> 病名、障害、後遺症等の受け止め方	本人への病名告知： <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 自分でできていたことができなくなってきており、力が出なくなってきた。将来がとても不安な状態。			
	<本人> 退院後の生活に関する意向	限界まで自宅での生活を続けたい。施設には入りたくない。時々物忘れが出てきたのが心配なので、認知症状にならないようにしたい。			
	<家族> 病名、障害、後遺症等の受け止め方	入院後急に力が出なくなってきた。食欲もあまりないようなので心配。リハビリをしたらよくなると思うので、リハビリをさせてあげたい。			
	<家族> 退院後の生活に関する意向	仕事を続けながら在宅で介護をしていきたい。一人でいる時間が長くなると認知症状が進行する恐れがあるので心配。			

2. 課題認識のための情報

③ 退院後に必要な事柄	医療処置の内容	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 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"/> 経鼻栄養 <input type="checkbox"/> 経腸栄養 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 尿道カテーテル <input type="checkbox"/> 尿路ストーマ <input type="checkbox"/> 消化管ストーマ <input type="checkbox"/> 痛みコントロール <input type="checkbox"/> 排便コントロール <input type="checkbox"/> 自己注射 () <input type="checkbox"/> その他 ()			
	看護の視点	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> 血圧 <input type="checkbox"/> 水分制限 <input type="checkbox"/> 食事制限 <input type="checkbox"/> 食形態 <input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 口腔ケア <input type="checkbox"/> 清潔ケア <input checked="" type="checkbox"/> 血糖コントロール <input type="checkbox"/> 排泄 <input type="checkbox"/> 皮膚状態 <input type="checkbox"/> 睡眠 <input checked="" type="checkbox"/> 認知機能・精神面 <input type="checkbox"/> 服薬指導 <input checked="" type="checkbox"/> 療養上の指導 (食事・水分・睡眠・清潔ケア・排泄 などにおける指導) <input type="checkbox"/> ターミナル <input type="checkbox"/> その他 ()			
	リハビリの視点	<input type="checkbox"/> なし <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 checked="" type="checkbox"/> 筋力増強練習 <input type="checkbox"/> バランス練習 <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"/> 言語訓練 <input type="checkbox"/> ADL練習 (歩行/入浴/トイレ動作/移乗等) <input type="checkbox"/> IADL練習 (買い物、調理等) <input type="checkbox"/> 疼痛管理 (痛みコントロール) <input type="checkbox"/> 更生装具・福祉用具等管理 <input type="checkbox"/> 運動耐容能練習 <input type="checkbox"/> 地域活動支援 <input type="checkbox"/> 社会参加支援 <input type="checkbox"/> 就労支援 <input type="checkbox"/> その他 ()			
	禁忌事項	(禁忌の有無)	(禁忌の内容/留意点)		
症状・病状の予後・予測	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり				
退院に際しての日常生活の障害要因 (心身状況・環境等)	例) 医療機関からの見立て・意見(今後の見通し、急変の可能性や今後、どんなことが起こりうるか(合併症)、良くなっていく又はゆっくり落ちていく方向なのか等)について、①疾患と入院中の状況、②本人・家族の受け止めや意向、③退院後に必要な事柄、④その他の観点から必要と思われる事項について記載する。 近隣に居住する家族が就労中のため、病状急変時の対応について連絡体制をしっかりと整える必要がある。				
在宅復帰のために整えなければならない要件	通所リハの準備 自宅の環境整備、福祉用具の活用(立ち上がりアシスト)				

※ 課題分析にあたっては、必要に応じて課題整理総括表の活用も考えられる。