

退院調整情報共有書

★ケアマネジャーが面談やカンファレンスで収集した情報をまとめるシートです

ふりがな				性別	生年月日		
氏名				男・女	明・大・昭	年 月 日	(歳)
住所	TEL			入院期間(予定)			
				年 月 日 ~ 年 月 日(予定)			
要介護度	(未申請・区分変更中・新規申請中・非該当) 要支援(1・2) 要介護(1・2・3・4・5) 総合事業対象者 認定日: 年 月 日 有効期間: 年 月 日 ~ 年 月 日						
かかりつけ医	<input type="checkbox"/> 外来通院 <input type="checkbox"/> 訪問診療 医療機関・主治医名 連絡先			<input type="checkbox"/> 外来通院 <input type="checkbox"/> 訪問診療 医療機関・主治医名 連絡先			
	疾病の状態	主病名				手術	無・有(手術名:)
副病名					既往歴		
主症状							
合併症		感染症: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有() アレルギー: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()					
服薬状況	服薬内容、退院時処方(薬剤名・薬剤の剤形・投与経路等)						
今後の見通し	今後の病状、治療の見通し(進行する疾患であれば期間の予測等)、次回受診予定、通院頻度等						
疾患についての説明内容				退院時の移動手段			
特別な医療	<input type="checkbox"/> 酸素 <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> カテーテル(膀胱留置・導尿) <input type="checkbox"/> ストマ <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> 疼痛管理 <input type="checkbox"/> その他()						
退院指導の状況	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 *有の場合			<内容>(誰に指導したか) 理解度 本人: <input type="checkbox"/> 十分 <input type="checkbox"/> 不十分(問題点:) 家族: <input type="checkbox"/> 十分 <input type="checkbox"/> 不十分(問題点:)			
	自立	見守り	一部介助	全介助	病棟での様子/在宅での留意点		
食事	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	嚥下状態(良・不良) 咀嚼状況(良・不良) 普通・軟菜・刻み・ムース・ペースト・とろみ・経管栄養 箸・スプーン・自助具 制限(無・有) 制限内容(塩分・水分・カロリー・その他())		
口腔清潔	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	義歯(無・有)(上・下・全部)		
移動	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 手引き <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> シルバーカー <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> ストレッチャー <input type="checkbox"/> 装具・補装具 <input type="checkbox"/> その他()		
移乗	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
起居	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	起き上がり(可・不可) 座位保持(可・不可) 立ち上がり(可・不可) 立位保持(可・不可) 寝返り(可・不可)		
入浴(洗身)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	洗身(不可・行っていない) 最終入浴日() 入浴制限(無・有)(シャワー・清拭・機械浴・その他()) 入浴時の留意点:		
更衣	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
排泄	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	トイレ・ポータブル・尿器・膀胱留置カテーテル・オムツ(常時・夜間のみ)・リハビリパンツ(常時・夜間のみ) 失禁(無・有) 下剤使用(無・有) 洗腸(無・有) 尿意(無・有) 便意(無・有) 最終排便日()		
服薬管理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1回配薬・1日配薬	睡眠	良眠・時に不眠・不眠(時間) 睡眠剤使用(無・有)
視力	普通・視力低下あり・眼鏡(無・有) 視野狭窄・視野欠損・全盲			聴力	普通・やや難聴・難聴・補聴器(無・有)		
言語	支障なし・はっきりしない・話せない			理解	支障なし・やや困難・できない		
認知・精神面	認知症高齢者の日常生活自立度(自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M) 認知症の原因疾患: 精神状態(疾患)(無・有()) 徘徊 介護への抵抗 焦燥・不穏 攻撃性 意思疎通困難 幻視・幻聴 昼夜逆転 大声を出す 妄想 暴力						
リハビリ等	リハビリテーション(無・有)頻度: 回/週 / 運動制限(無・有) / リハビリ・運動制限の内容: 麻痺: なし・右上肢・左上肢・右下肢・左下肢・その他 / 拘縮: なし・肩関節・肘関節・股関節・膝関節・その他						
療養上注意する事項	その他:ご本人の生活・望む暮らし・心身状況(身長・体重)・生活習慣・習慣・介護力・医療上の注意						
情報提供機関名				TEL			
面談日時	年 月 日 / 午前・午後 時 分 ~ 時 分			面談者(所属・氏名)			
	年 月 日 / 午前・午後 時 分 ~ 時 分						

【注】退院・退所加算の算定には、国の通知等による算定条件を満たす必要があります。