

【 病院 → 居宅支援事業所 担当( )様】  
**退院調整共有情報シート**

連絡窓口・担当者		電話/FAX	
ふりがな氏名	生年月日	年 月 日	年齢 歳 性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
住所	電話番号		
病院主治医	在宅主治医	記入日 20 年 月 日	記入者
入院の原因となった病名	入院日 20 年 月 日	身長	cm 体重 kg
緊急時連絡先	氏名(ふりがな)	住所	続柄 電話番号
○ : キーパーソン ◆ : おもな介護者 家族構成 <input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 同居 ( 人)			
介護認定	無 <input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 申請中 ( 月 日申請)	有 <input type="checkbox"/> 要介護 <input type="checkbox"/> 要支援 <input type="checkbox"/> 事業対象者	区分変更 <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要
既往歴 (医療処置は詳しく)			
希望する福祉サービス	<input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 通所リハビリ <input type="checkbox"/> 訪問診療(かかりつけ医) <input type="checkbox"/> 宅配食 <input type="checkbox"/> ベッド <input type="checkbox"/> エアーマット <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> 移送車 <input type="checkbox"/> その他の介護用品( ) <input type="checkbox"/> その他( )		
現在の治療状況	患者・家族への病状の説明内容と患者・家族の受け止め方、患者・家族の今後の希望		
ADL	自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/>	リハビリ目標 (リハビリから確認)	制限事項 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
移動方法	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 杖使用 <input type="checkbox"/> 歩行器使用 <input type="checkbox"/> 装具・補助具使用 <input type="checkbox"/> 麻痺の有無( )	
移乗方法	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
口腔清潔	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 義歯 ( <input type="checkbox"/> 全義歯 <input type="checkbox"/> 部分)	
食事	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 治療食( <input type="checkbox"/> Kcal <input type="checkbox"/> 糖尿病食 <input type="checkbox"/> 高血圧食 <input type="checkbox"/> 腎臓病食 <input type="checkbox"/> その他) <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 禁食	
		主食: <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> ペースト (摂取量 割)	
		副食: <input type="checkbox"/> 通常 <input type="checkbox"/> 一口大 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> 極小刻み <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> ペースト (摂取量 割)	
水分摂取量:1日	ml	とろみ剤使用	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
更衣	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
入浴	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	入浴の制限: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( <input type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> 清拭 <input type="checkbox"/> その他( )	
排泄	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	場所: <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> オムツ (パット 紙パンツ フラット)	
服薬管理	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
生活上の問題	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 不穏 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 危険行為 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 意思疎通困難 <input type="checkbox"/> その他( )		
医療処置	<input type="checkbox"/> バルーンカテーテル <input type="checkbox"/> ストマ <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> その他( )		
家族への介護指導	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		
感染症(保菌)	<input type="checkbox"/> HBV <input type="checkbox"/> HCV MRSA: 保菌(部位: <input type="checkbox"/> 咽頭 <input type="checkbox"/> 鼻腔 <input type="checkbox"/> 褥瘡) <input type="checkbox"/> その他( ) <input type="checkbox"/> 不明		アレルギー <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
備考			