

医療情報(退院時等)共有シート

情報提供日 年 月 日

事業所名 (ケアマネ等)	あて	病院名
-----------------	----	-----

氏名	生年月日	年齢	性別
	明・大・昭 年 月 日	歳	男・女

面談日時	平成 年 月 日 () 時 分 ~ 時 分	場所:
------	------------------------	-----

面談者	病院の連絡窓口 (所属)
-----	-----------------

入院の原因となった病名	
-------------	--

合併症	退院予定日	平成 年 月 日頃
-----	-------	-----------

病院主治医	在宅主治医 (医療機関名)
-------	----------------

キーパーソン	(続柄) (連絡先電話番号:)
--------	-------------------

病院から患者・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	見守り	介一助部	全介助	要支援は必要事項のみ記入
-----	----	-----	------	-----	--------------

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
------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--

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"/>	義歯: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	---

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"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> その他 ())
--	--	--	--	--	---

					主食: <input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> ミキサー 水分: <input type="checkbox"/> 与え <input type="checkbox"/> 与えない (<input type="checkbox"/> 与え)
--	--	--	--	--	---

					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"/> ムース状 <input type="checkbox"/> ミキサー (<input type="checkbox"/> 与え)
--	--	--	--	--	--

					摂取制限: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
--	--	--	--	--	---

					(<input type="checkbox"/> カロリー () Kcal <input type="checkbox"/> 水分摂取量 () ml <input type="checkbox"/> 塩分 () g)
--	--	--	--	--	--

					(<input type="checkbox"/> カリウム (生野菜・果物) <input type="checkbox"/> 納豆 <input type="checkbox"/> その他 ())
--	--	--	--	--	---

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 <input type="checkbox"/> 清拭 <input type="checkbox"/> その他)
----	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	---

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"/>	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 医療処置: <input type="checkbox"/> バルーンカテーテル <input type="checkbox"/> ストマ
----	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--

服薬管理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--

療養上の注意	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	(<input type="checkbox"/> 幻覚・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"/> 短期記憶障害 <input type="checkbox"/> その他 ())
--------	---	---

医療処置	<input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> インスリン <input type="checkbox"/> その他 ()
------	---

感染症	<input type="checkbox"/> HBV <input type="checkbox"/> HCV <input type="checkbox"/> MRSA:保菌 <input type="checkbox"/> 発症(部位: <input type="checkbox"/> 痰 <input type="checkbox"/> 血液 <input type="checkbox"/> 尿 <input type="checkbox"/> 創部) <input type="checkbox"/> その他
-----	--

退院指導の内容	<input type="checkbox"/> 有 (誰に 指導内容) <input type="checkbox"/> 無 理解の状況は: <input type="checkbox"/> 十分 <input type="checkbox"/> 不十分(問題点)
---------	--

介護保険制度の説明	
-----------	--

特記事項(在宅生活において留意いただきたいこと)