

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	身長	体重	
		明・大・昭 年 月 日		歳	男・女	cm	kg	
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: とろみ剤使用 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (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"/> ムース状 <input type="checkbox"/> ミキサー (摂取量 割)				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 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							
介護保険制度の説明	<input type="checkbox"/> 有 (誰に 希望サービス ) <input type="checkbox"/> 無							
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 )							
特記事項(在宅生活において留意いただきたいこと)								