退院時情報共有シート

記入日：　　　　　年　　　　月　　　　日

退院日：　　　　　年　　　　月　　　　日

【様式２】

医療機関　→　居宅介護支援事業所

医療機関名：

事業所名：

担当ケアマネジャー氏名：

ご担当者名：

ご担当窓口：

TEL:　　　　　　　　　　　　　FAX:

利用者（患者）/家族の同意に基づき、利用者情報（身体・生活機能など）の情報を共有しました。退院後の支援にぜひご活用ください。

1. 利用者（患者）基本情報について

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 者氏名 | （ﾌﾘｶﾞﾅ） | | | | | 年齢 | | 歳 | 性別 | 男性女性 |
|  | | | | | 生年月日 | | 年　　　　月　　　日生 | | |
| 住所 |  | | | | | 電話番号 | |  | | |
| 情報収集 | 情報収集回数 | １回　２回　３回 | | 方法 | | | 面談　オンライン　カンファレンス | | | |
| 最終情報収集日時 | 年　　　月　　　日　　　： | | | | | | | | |
| 入院の原因疾患 | 合併症 | | | | | | | | | |
| 入院期間 | 年　　　月　　　日　　～　　　年　　　月　　　日（予定　　確定） | | | | | | | | | |
| 要介護度情報 | 入院時と同じ　申請中（申請日　　　　　年　　　月　　　日）　区分変更後（要支援（　）　要介護（　） | | | | | | | | | |
| 医療費 | 特定疾患医療受給者証：なし　あり　（疾患名：　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | |
| 介護保険の  負担割合 | 割　　　　不明 | | 障害など認定 | | なし　　あり（　身体　・　精神　・　知的　） | | | | | |
| 年金などの種類 | 国民年金　厚生年金　　障害年金　　生活保護　　その他（　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | |
| 病院からの患者・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 | | | | | | | | | | |

1. 家族構成/連絡先について

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 世帯構成 | 独居　　　　高齢者世帯　　　　　子と同居　　　　　日中独居  その他（　） | | |
| 主介護者氏名 | （続柄　　　・　　　才） | 同居　　　別居 | TEL: |
| キーパーソン | （続柄　　　・　　　才） | 同居　　　別居 | TEL: |

1. 本人の状態（心身機能）及び退院後の見通しについて

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ADL | 看護サマリー参照　　リハビリテーションサマリー参照　　栄養サマリー参照  その他文書参照（　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | |
| 移動 | | 入院前と変化なし　　変化あり：自立　　見守り　　一部介助　　全介助 | | | | | 特記事項 | |
| 移乗 | | 入院前と変化なし　　変化あり：自立　　見守り　　一部介助　　全介助 | | | | |
| 起居 | | 入院前と変化なし　　変化あり：自立　　見守り　　一部介助　　全介助 | | | | |
| 口腔 | | 入院前と変化なし　　変化あり：自立　　見守り　　一部介助　　全介助 | | | | |
| 食事 | | 入院前と変化なし　　変化あり：自立　　見守り　　一部介助　　全介助  普通食　経管栄養　治療食（　　　Kcal）　普通食　高血圧食　導尿病食  普通　きざみ　　嚥下障害食　　ミキサー　 ソフト食　　水分とろみ  嚥下咀嚼状況留意点（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | |
| 更衣 | | 入院前と変化なし　　変化あり：自立　　見守り　　一部介助　　全介助 | | | | |
| 入浴 | | 入院前と変化なし　　変化あり：自立　　見守り　　一部介助　　全介助 | | | | |
| 排尿 | | 入院前と変化なし　　変化あり：自立　　見守り　　一部介助　　全介助  尿意：☐あり ☐なし | | | | |
| 排便 | | 入院前と変化なし　　変化あり：自立　　見守り　　一部介助　　全介助  便意：あり なし | | | | |
| 見通し | |  | | | | | | |
| 睡眠の状態 | | | | 良　　不良（　　　　　　　） | 眠剤の使用 | | なし　　あり | |
| コミュニケーション | | 視力 | | 支障なし　　やや難あり　　困難 | 眼鏡 | なし　　あり（　　　　　　） | | |
| 聴力 | | 支障なし　　やや難あり　　困難 | 補聴器 | なし　　あり | | |
| 言語 | | 支障なし　　やや難あり　　困難 | 特記事項 | | | |
| 疎通 | | 支障なし　　やや難あり　　困難 |
| 精神面における療養上の  問題 | | | | なし  幻視・幻聴　　興奮　焦燥・不穏　妄想　暴力/攻撃性　介護への抵抗　不眠  昼夜逆転　徘徊　危険行為　不潔行為  その他（　　　　　　　　　　　　　） | | | | |
| 入院中に実施している  医療処置 | | | | なし  点滴　酸素療法　喀痰吸引　気管切開　胃ろう　経鼻栄養　経腸栄養　褥瘡  尿道カテーテル　尿路ストーマ　消化管ストーマ　痛みコントロール　排便コントロール  自己注射（　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | |
| 感染症 | | | | HBV　 HCV　　MRSA：保菌発症（部位痰　血液　尿　創部　その他（　　　　　　　） | | | | |
| 病気に対する危険予測 | | | |  | | | | |

1. お薬について　（別紙看護サマリー参照）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 内服薬 | なし　　あり　　別紙（看護サマリー及び薬情シート）参照 | |
| 薬剤管理 | 自己管理　　他者による管理（管理者：　　　　　　　　　　・管理方法：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | |
| 薬に関する特記事項 | | ※退院時処方期間等 |

1. 専門職からの情報提供及び退院時指導内容、入院中の気になるエピソード等

|  |  |
| --- | --- |
| リハビリ職 | リハビリテーションサマリー参照 |
| 看護職  介護職 | 看護サマリー参照 |
| その他 | 別紙専門職サマリー参照 |

1. 主治医（医療体制）及び緊急時対応について

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 入院主治医 |  | 在宅主治医 | 変更　なし　あり |
| ACPや意思決定等に関する意見 | なし　　あり | | |
| 緊急時対応 | 対処方法：  連絡先：  搬送先： | 退院後の医療体制 | 通院　訪問診療　その他  頻度＝（　　）回/月  未定 |

1. その他

|  |  |
| --- | --- |
| 退院時における本人の意向 |  |
| 退院時における家族の意向 |  |
| その他連絡事項 |  |

※鹿児島県入退院支援ルール（鹿児島医療圏）　シート編集部会作成書式（令和５年度改訂）