

# 様式2 退院支援情報共有シート

担当ケアマネ ( )

医療機関名	
担当者名	

電話番号	
FAX番号	

医療機関の連絡窓口(所属)	( )	面談参加者	
面談日時	令和 年 月 日	: ~ :	場所

氏名		生年月日	明・大・昭 年 月 日	年齢	歳	性別	男 ・ 女
住所				連絡先			

緊急連絡先	氏名	続柄	キーパーソン	同居の有無	住所	電話番号

家族の介護力

無  有(留意点等: ) 同居家族の認知症の有無:  無  有(程度: )

家族への介護指導:  無  有 理解の状況:  十分  不十分(問題点: )

入院の原因となった病名・状態像	在宅主治医	医療機関名: ( ) Tel: ( )
	退院後受診機関	本院(主治医: ) ・在宅医・その他( ) 次回受診予定: 年 月 日
	要介護度	<input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 区分変更中 <input type="checkbox"/> 要支援( ) <input type="checkbox"/> 要介護( ) <input type="checkbox"/> 総合事業対象者 認定日: 年 月 日 有効期間: 年 月 日 ~ 年 月 日
	指定難病受給者証	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (疾患名: )
	障害者手帳	<input type="checkbox"/> 身体 <input type="checkbox"/> 知的 <input type="checkbox"/> 精神 (程度: ) 生活保護の受給 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (担当CW名: )

記録日: 年 月 日	今後予想される状況と退院後継続注意事項
身長 cm 体重 kg	
入院期間	<input type="checkbox"/> 尿失禁 <input type="checkbox"/> 転倒・骨折 <input type="checkbox"/> 移動能力の低下 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 心肺機能の低下 <input type="checkbox"/> 閉じこもり <input type="checkbox"/> 意欲低下 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 低栄養 <input type="checkbox"/> 摂食・嚥下機能低下 <input type="checkbox"/> 脱水 <input type="checkbox"/> 易感染性 <input type="checkbox"/> がん等による疼痛 <input type="checkbox"/> その他( )
入院日: 年 月 日 ~	注意事項:
退院(予定)日: 年 月 日	

◆医療機関からの患者・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

ADL	自立	見守り	一部介助	全介助	病棟での様子（特記事項に具体的に記載してください） （ 年 月 日）時点
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 特記事項（ ）
移乗方法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	特記事項（ ）
口腔清潔	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	義歯装着： <input type="checkbox"/> 有（ <input type="checkbox"/> 総義歯 <input type="checkbox"/> 部分 <input type="checkbox"/> 上顎 <input type="checkbox"/> 下顎） <input type="checkbox"/> 無 特記事項（ ）
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
					主食： <input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 軟飯 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> ミキサー（摂取量 割）
					副食： <input type="checkbox"/> 通 <input type="checkbox"/> 軟菜 <input type="checkbox"/> 一口大 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> 極小ざざみ <input type="checkbox"/> ミキサー（ <input type="checkbox"/> とろみ付） <input type="checkbox"/> ソフト食（摂取量 割）
					水分摂取制限： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（水分摂取量：1日 ml） 塩分摂取制限 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（塩分摂取量：1日 g）
					とろみ剤使用： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 アレルギー： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ ） 食への意欲： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
					摂取方法 <input type="checkbox"/> はし <input type="checkbox"/> スプーン <input type="checkbox"/> その他（ ） 嚥下・咀嚼状況（ ） （留意点）
更衣	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	特記事項（ ）
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"/> 浴槽 <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"/> リハビリパンツ <input type="checkbox"/> オムツ 特記事項（ ）
服薬管理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	薬の変更： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ ） 内服状況：（ ）
療養上の問題	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/> 危険行為 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 意思疎通困難 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 認知 程度：（ ）
医療処置等	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 在宅酸素療法 <input type="checkbox"/> インスリン <input type="checkbox"/> BS測定 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> ペースメーカー <input type="checkbox"/> バルーンカテーテル <input type="checkbox"/> ストマ（人工肛門・人工膀胱） <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（ ）
◆リハビリ目標及び内容、頻度、運動制限（リハビリから確認）					
◆看護を行っていて気になったこと（入院中のエピソード、家族と当事者間の言動等）					
◆連絡事項・その他					

この様式は、医療機関担当者と介護支援専門員が情報共有を行うためのものであり、ご本人・ご家族へ提供することを想定していません。