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）