

# 退院時患者情報提供書 No.1

## 1. 基本情報

記入日： 年 月 日

氏名	(フリガナ)	年齢	才	性別	男・女
		生年月日	年 月 日		
住所		キーパーソン (代理決定者)	氏名:		電話番号
			続柄:		
電話番号		障害高齢者の日常生活自立度		認知症高齢者の日常生活自立度	
退院時の要介護度	<input type="checkbox"/> 要支援 ( ) <input type="checkbox"/> 要介護 ( ) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 区分変更中		社会資源	障害者手帳： <input type="checkbox"/> 有 ( 種 級 ) <input type="checkbox"/> 無 その他： ( )	
有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日		居宅介護支援事業所		

## 2. 本人・家族の意向

		病気・障害・後遺症	病名の告知
医師の説明			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 病名：
受病け気とのめ方	本人		
	家族		
退院後の生活意向	本人		
	家族		

## 3. 医療情報

感染症	<input type="checkbox"/> 有 ( )	アレルギー	<input type="checkbox"/> 有 ( ) <input type="checkbox"/> 無
入院原因疾患		入院期間	年 月 日 ~ 年 月 日
治療経過			既往歴
機能障害	<input type="checkbox"/> 四肢欠損 <input type="checkbox"/> 麻痺 <input type="checkbox"/> 認知機能障害 ( <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 高次脳機能障害 <input type="checkbox"/> 知的 ) <input type="checkbox"/> その他		
症状・病状の予後・予測	<small>例) 医療機関からの見立て・意見(今後の見通し、急変の可能性、合併症、病状の進行状況など)</small>		
医療管理	内容	管理状況	内容
	<input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 経鼻胃管 <input type="checkbox"/> 胃瘻・腸瘻 <input type="checkbox"/> 創傷処置 <input type="checkbox"/> 褥瘡処置 <input type="checkbox"/> 尿道カテーテル <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他 ( )	<input type="checkbox"/> 腎瘻・膀胱瘻 <input type="checkbox"/> 尿路ストーマ <input type="checkbox"/> 消化管ストーマ <input type="checkbox"/> 排便コントロール <input type="checkbox"/> 疼痛コントロール <input type="checkbox"/> 血糖コントロール <input type="checkbox"/> 自己注射 <input type="checkbox"/> その他
<input type="checkbox"/> 無			<input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> CV・ポート <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> ペースメーカー <input type="checkbox"/>

## 4. 退院後の課題

		課題	内容
身体面	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 医療管理 <input type="checkbox"/> 疼痛 <input type="checkbox"/> 内服 <input type="checkbox"/> 血圧 <input type="checkbox"/> 体重 <input type="checkbox"/> 血糖 <input type="checkbox"/> 排便 <input type="checkbox"/> 水分 <input type="checkbox"/> 食事 <input type="checkbox"/> ADL支援 <input type="checkbox"/> 基本動作 <input type="checkbox"/> 食事 <input type="checkbox"/> 排泄 <input type="checkbox"/> 清潔 <input type="checkbox"/> 整容 <input type="checkbox"/> 口腔管理 <input type="checkbox"/> 更衣 <input type="checkbox"/> リハビリの継続 <input type="checkbox"/> その他	
		<input type="checkbox"/> コミュニケーション支援 <input type="checkbox"/> 疾病・障害受容支援 <input type="checkbox"/> 精神症状コントロール <input type="checkbox"/> その他	
社会面	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> IADL支援 <input type="checkbox"/> 就労支援 <input type="checkbox"/> 社会参加支援 <input type="checkbox"/> その他	
		<input type="checkbox"/> 福祉用具等管理 <input type="checkbox"/> 住宅環境 <input type="checkbox"/> 生活スケジュール <input type="checkbox"/> 介護力 <input type="checkbox"/> 家族間の関係性 <input type="checkbox"/> その他	

## 5. 退院後通院先

退院後通院先	<input type="checkbox"/> 当院 <input type="checkbox"/> 当院以外の医療機関 ( )		通院の予定	<input type="checkbox"/> 無
	<input type="checkbox"/> 次回受診日    月 日	退院処方 <input type="checkbox"/> 有 ( 日分 ) <input type="checkbox"/> 無		<input type="checkbox"/> 有

医療機関名	電話番号
記入者(フリガナ)	FAX番号