

			0				0		0	0	0	0	0
--	--	--	---	--	--	--	---	--	---	---	---	---	---

## 入退院支援連携説明書

患者氏名		日時	
出席者		場所	
		記載者	

### 1) 現在の状況について

治療経過			
ADL	食事	自立・見守り・介助（軽・中・重）	
	排泄	自立・見守り・介助（軽・中・重）	
	移動	自立・見守り・介助（軽・中・重）	
	清潔	自立・見守り・介助（軽・中・重）	
精神面			
医療管理			
リハビリ状況			

### 2) 退院後の生活について

食事		排泄	
移動		入浴	
その他			
退院時指導			

### 3) 退院後のサービス利用について

<input type="checkbox"/> 訪問看護		<input type="checkbox"/> 訪問介護	
<input type="checkbox"/> 通所介護		<input type="checkbox"/> 通所リハ	
<input type="checkbox"/> 訪問リハ		<input type="checkbox"/> その他	
<input type="checkbox"/> 住宅改修		<input type="checkbox"/> 福祉用具	

### 4) 今後の予定

①退院日時	
②今後の受診	

### 5) その他

退院支援担当者 \_\_\_\_\_

本人（家族） \_\_\_\_\_

# 医療介護連携支援シート

来院者様ご記入をお願いします。

来院者様（自署）他 名  
事業所・施設・病院名

来院されている方の資格（来院者全員）

医師 看護師 薬剤師 管理栄養士 社会福祉士 理学療法士  
作業療法士 言語聴覚士 ケアマネージャー その他（ ）

患者様名 様  
ご来院日 （ 3A・3B・3C・4A・4B・4C・5A・5B・ICU ） 病棟

◎来院目的をお教えてください。

病棟看護師との情報交換 介護連携シート情報提供持参  
リハビリ見学 施設入所前の調査  
医師より病状説明の同席 カンファレンス参加  
その他（ ）

★太枠内は当院スタッフ記入

〈カンファレンス〉

自宅、施設での様子を伺いました  
入院中の様子について情報提供しました

〈内容〉

治療状況 バイタル 動作・移乗 食事（内容形態・摂取方法・トロミの有無）  
入浴・清拭 排泄（トイレ・ポータブルトイレ・オムツ使用） 認知症  
家族の思い リハビリの様子 退院の目処 退院後の医療行為、処置など  
介護保険区分変更の必要  
その他

病棟看護師・MSW・療養支援看護師・リハビリ（ ）

\*この情報は病院内にて使用いたします。

病棟のスタッフへこの用紙を渡してください。面談後は当院のスタッフが記入しました用紙を患者支援センターへお持ちください。

## 退院時共同指導説明書（看護）

ID	0090009001	氏名	テスト 123	性別	女性	生年月日	1930/03/03	年齢	92歳
入院日		退院（予定）日		診療科	内科	病棟			

### 入院経過と今後の方針

### セルフケア能力

食事		歩行	
車いすからベッド移動		階段昇降	
整容		着替え	
トイレ動作		排便コントロール	
入浴		排尿コントロール	

### 日常生活動作情報

食事	食種： 形態：	水分摂取時のむせ： 1日の水分摂取量： ml
排泄	排尿回数： 回/日 夜間の排尿回数： 回/日	排便回数： 回/日 最終排便月日：
便秘時の対処方法	<input type="checkbox"/> 薬物 <input type="checkbox"/> 浣腸 <input type="checkbox"/> 摘便      その他： <input type="checkbox"/> 食事を工夫 <input type="checkbox"/> 水分を多く摂取	
排泄用具の使用	<input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> 便器 <input type="checkbox"/> ホータブトイレ	
入浴方法	<input type="checkbox"/> 特殊浴 <input type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> 入浴	
麻痺		

### 日常生活動作に関連する連絡事項

### 在宅指導内容

記載日  
記載者

愛知県厚生農業協同組合連合会 安城更生病院  
〒446-8602 愛知県安城市安城町東広畔28番地  
TEL : 0566-75-2111 FAX : 0566-76-4335

退院時共同指導説明書（栄養①）

ID	0092013715	氏名	テスト 看護	年齢	9	性別	女
入退院日	入院日		退院（予定）日				

栄養評価	評価日	過去（ 週間）の体重変化				増加・変化なし・減少：（ kg % ）					
	身体測定	身長 100.0 cm 測定日	標準体重 kg	下腿周囲長 .不明 cm	握力：右 kgf 不明	握力：左 kgf 不明					
	身体所見	体重 22 kg 測定日	BMI 22 kg/m2	消化器症状	無・有（ 嘔気 嘔吐 下痢 便秘 ）・不明						
		食欲低下 無・有・不明（ ）	褥瘡	無・有（部位等）・不明							
		味覚障害 無・有・不明（ ）	その他								
		浮腫 無・有（胸水・腹水・下肢・不明）	特記事項								
	検査・その他	嚥下障害 無・有									
		咀嚼障害 無・有									
	検査・その他	過去1ヶ月以内A1b値 g/dl 測定なし				その他					
	1日栄養量	エネルギー			たんぱく質	食塩	水分	その他			
必要栄養量	標準体重 kcal/日	標準体重 g/日	g		ml						
	現体重 kcal/日	現体重 g/日	g		ml						
摂取栄養量	kcal/日			g/日		g		ml			
栄養補給法	経口・経腸（経口・経鼻・胃瘻・腸瘻）・静脈				食事回数： 回/日 朝・昼・夕 その他（ ）						
退院時食事内容	食種	一般食（ ） ・ 特別食（ ） ・ その他（ ）									
	食事形態	主食種類	朝	米飯・軟飯・全粥・パン・その他（ ）						量	g/食
			昼	米飯・軟飯・全粥・パン・その他（ ）							g/食
			夕	米飯・軟飯・全粥・パン・その他（ ）							g/食
		副食形態	常菜・軟菜・その他（ ）								
		嚥下調整食	必要・不要	コード（嚥下調整食の場合は必須） 0j・0t・1j・2-1・2-2・3・4							
	とろみ調整食品の使用	無・有	種類（製品名）	使用量		とろみの濃度 薄い / 中間 / 濃い					
	その他影響する問題点	無・有（ ）									
	禁止食品	食物アレルギー	無・有	乳・乳製品・卵・小麦・そば・落花生・えび・かに・青魚・大豆							
		禁止食品（治療、服薬、宗教上などによる事項）									
栄養量	補給量	エネルギー	たんぱく質（アミノ酸）	脂質	炭水化物（糖質）	食塩	水分	その他			
	経口（食事）	kcal	g	g	g	g	ml				
	経腸	kcal	g	g	g	g	ml				
	静脈	kcal	g	g	g	g	ml				
	経口飲水						ml				
	合計	kcal	g	g	g	g	ml				
	現体重当たり	kcal/kg	g/kg				ml/kg				
経腸栄養詳細	種類	朝：		昼：		夕：					
	量	朝： ml		昼： ml		夕： ml					
	投与・経路	経鼻・胃瘻・腸瘻・その他（ ）									
	投与・速度	朝： ml/h		昼： ml/h		夕： ml/h					
	追加水分	朝： ml		昼： ml		夕： ml					
静脈栄養詳細	種類・量										
	投与経路	末梢・中心静脈									

（記入者氏名）

（照会先） 安城更生病院 栄養科



市町村(地域包括支援センター)・指定居宅介護支援事業所等用 診療情報提供書  
(医療系サービス・軽度者に対する福祉用具貸与・その他連絡等)

令和 年 月 日

情報提供先市町村・事業所

紹介元医療機関の所在地及び名称

医療機関名

所在地

電話・FAX

医師氏名

印

患利用者 者	氏名	様	男・女	生年月日	明・大・昭	年	月	日
	住所	電話番号			年齢	才		

情報提供の目的	通常の情報提供 / サービス担当者会議の参加が困難である為 / その他( )						情報提供回数 回
診療形態	外来・在宅・入院	入院患者の場合	入院日	令和	年	月	日
			退院(予定)日	令和	年	月	日
傷病名 (疑いを含む)	発症年月日:						年 月 日
	発症年月日:						年 月 日
	発症年月日:						年 月 日
<傷病の経過及び治療状況>							
障害高齢者の日常生活自立度 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2 認知症高齢者の日常生活自立度 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M 日常生活活動(ADL)の状況(該当するものに○) 移動 自立・一部介助・全面介助; 着替 自立・一部介助・全面介助; 入浴 自立・一部介助・全面介助 排泄 自立・一部介助・全面介助; 食事 自立・一部介助・全面介助; 整容 自立・一部介助・全面介助 病状・既往歴・治療状況・退院の年月日等 訪問診療 <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無 訪問看護 <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無							
<必要と考える医療・保健・福祉サービス、又はサービス利用に際しての留意事項>							
※介護支援専門員(ケアマネジャー)から送付された「連絡票」等を確認し、必ず記載のこと <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション <input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション <input type="checkbox"/> 短期入所療養介護 <input type="checkbox"/> 軽度者の福祉用具貸与 <input type="checkbox"/> その他福祉サービスなど							
※サービス提供事業所に指定がある場合は、事業所名とその理由をご記入ください。							

- 注意
1. 必要がある場合には、続紙に記載して添付すること。
  2. わかりやすく記入すること。
  3. 必要がある場合には、家庭環境等についても記載すること。
  4. この様式は、医療保険の診療情報提供料(1)が算定可能です。

# サービス担当者会議の要点

開催日 \_\_\_\_\_

作成日 令和4年9月15日

患者氏名

テスト 太郎 様

居宅サービス計画作成者(担当者)氏名 \_\_\_\_\_

開催場所 \_\_\_\_\_

開催時間 \_\_\_\_\_

開催回数 \_\_\_\_\_

会議出席者	所属(職種)	氏名	所属(職種)	氏名	所属(職種)	氏名
検討する項目	1 情報共有 ・ご本人の身体状況について 2 退院後必要が見込まれるサービスについて ・必要となる福祉用具、住宅改修について 3 退院後のリハビリについて					
結論						
残された課題 (次回の開催 時期)						

# 入院看護要約

ID:99901094

Page: 1

<b>患者基本情報</b>				記載看護師	病棟	テスト病棟
氏名	テスト リハビリ科 テスト リハビリ⑤ 様		住所	〒446-0072 愛知県安城市住吉町		
生年月日	昭和 26年 10月 10日生 (70才) 男		TEL			
入院期間	平成 26年 1月 27日(入院)			在院日数:3154日		
受持ちNs		主治医	テスト 9999	診療科	内科	
病棟師長		身長	170.0 cm	体重	80.0 Kg	
ネーバーソン	氏名		TEL		携帯/PHS	
感染情報						
禁忌						
血液型	不明	告知				
職業	医師					
既往歴						
退院時の食事	食種	心疾患・塩分6g(男性)	主	ご飯おにぎり(200g)	副	普通

## 退院サマリー

項目名称	サマリー内容
意思決定支援	【患者の疾患に対する理解】 【患者の今後の意向】 【家族の疾患に対する理解】 【家族の今後の意向】
入院中の生活状況	食事： 清潔： 排泄： 移動： その他：





## 看護サマリー

ID	0090009001	氏名	テスト 1 2 3	性別	女性	生年月日	1930/03/03	年齢	92 歳
キーパーソン	氏名:				年齢:	歳	連絡先:		
	患者との関係:				健康状態:				
介護者	氏名:				年齢:	歳	連絡先:		
	患者との関係:				健康状態:				
支 援 情 報	介護保険:	福祉利用: <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問診療							
		<input type="checkbox"/> 訪問リハ <input type="checkbox"/> ショートステイ <input type="checkbox"/> デイサービス/デイケア <input type="checkbox"/> 福祉用具							
	<input type="checkbox"/> 地域包括センター <input type="checkbox"/> ケアマネージャー	氏名:				事業所名:			
	身体障害者認定:				種類:				
退院後の生活に対する意向									
本人									
家族									
認知情報	<input type="checkbox"/> 認知・理解力の低下が心配される		<input type="checkbox"/> 意思疎通困難		<input type="checkbox"/> 高次脳機能障害		<input type="checkbox"/> 徘徊		
	<input type="checkbox"/> 心理・精神面での支援必要		<input type="checkbox"/> 攻撃性		<input type="checkbox"/> 異食行動		<input type="checkbox"/> 通訳が必要		
視覚の問題	詳細:								
聴覚の問題	詳細:								
言語の問題	詳細:								
睡眠の状況	眠剤・安定剤の使用:								
危険行動	転倒:	対応:							
	抑制:	対応:							
退院指導対象者									
退院指導内容									
退院指導に関する連絡事項					退院後に必要な補助具・介護用品				
					<input type="checkbox"/> 松葉杖 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 多点杖 <input type="checkbox"/> シャワーチェア <input type="checkbox"/> ウォーカー <input type="checkbox"/> ベッド <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> 差し込み便器・尿器 その他:				
					退院後のフォローアップ				
					次回受診日: <input type="checkbox"/> 当該外来 <input type="checkbox"/> 他院紹介 医療機関名:				
備考									
愛知県厚生農業協同組合連合会 安城更生病院					記載日				
〒446-8602 愛知県安城市安城町東広畔28番地					記載者				
TEL: 0566-75-2111 FAX: 0566-76-4335					看護課長サイン				



## 退院時情報（小児用） - 1

ID	0090009001	氏名	テスト 1 2 3	性別	女性	生年月日	1930/03/03	年齢	92 歳		
診療科	内科	主治医			入院日		退院日				
受持看護師	地域連携担当者										
主病名							体重	55.6 Kg			
住所	愛知県春日井市押沢台 6 丁目						連絡先				
感染症	検査日： <input type="checkbox"/> HBs抗原 <input type="checkbox"/> HCV <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> RPR <input type="checkbox"/> TPHA										
	MRSA	:	検出部位	:	最終検査日	:					
	ESBL	:	検出部位	:	最終検査日	:					
	緑膿菌	:	検出部位	:	最終検査日	:					
アレルギー	詳細：										
入院経過と今後の方針						既往歴					
視覚の問題	詳細：										
聴覚の問題	詳細：										
言語の問題	詳細：										
睡眠の状況	眠剤・安定剤の使用：										
支援状況	身体障害者認定： <span style="float: right;">種類：</span> 福祉サービス利用： <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問診療 <input type="checkbox"/> 訪問リハ <input type="checkbox"/> ショートステイ <input type="checkbox"/> デイサービス/デイケア <input type="checkbox"/> 福祉用具										
	日常生活動作に関連する連絡事項						麻痺				
						食事	食種：				
						形態：			便秘時の対処方法		
						<input type="checkbox"/> 薬物 <input type="checkbox"/> 浣腸 <input type="checkbox"/> 摘便 <input type="checkbox"/> 食事を工夫 <input type="checkbox"/> 水分を多く摂取 その他：					
備考											
愛知県厚生農業協同組合連合会 安城更生病院						記載日					
〒446-8602 愛知県安城市安城町東広畔28番地						記載者					
TEL : 0566-75-2111 FAX : 0566-76-4335						看護課長サイン					

## 退院時情報（小児用） - 2

ID	0090009001	氏名	テスト 123	性別	女性	生年月日	1930/03/03	年齢	92歳	
キーパーソン	氏名:			年齢:		歳 連絡先:				
	患者との関係:			健康状態:						
介護者	氏名:			年齢:		歳 連絡先:				
	患者との関係:			健康状態:						
退院指導対象者										
退院指導内容										
退院指導に関する連絡事項					家族の様子					
医療機器・機器設定	人工呼吸器					在宅注射				
	会社名:					留置部位:				
	設定値:					留置物品:				
						最終挿入日:				
	気管カニューレ					カフティポンプ: ml/時間				
	品名:					インフューザーポンプ: ml/時間				
	サイズ: Fr 最終交換日:					ロックアウトタイム: 分				
	エアウェイ					インスリン注射				
	品名: 挿入位置: cm					種類:				
	吸引器					<input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> タ <input type="checkbox"/> 眠前				
	品名:					排尿方法				
	カテーテル種類:					尿道カテーテル:				
	吸引回数: 回/日					サイズ: Fr 固定水: ml				
	在宅酸素					最終交換日:				
	会社名:					ウロストミー:				
安静時: L/min 労作時: L/min					腎瘻: サイズ: Fr 最終交換日:					
最大流量: L/min					その他:					
栄養カテーテル					消化管ストーマ					
品名:										
サイズ: Fr cm										
最終確認日:										
胃瘻										
品名:										
サイズ: Fr 最終交換日:										
栄養情報					創・褥瘡					
内容:										
1日: kcal ml × 回/日										
愛知県厚生農業協同組合連合会 安城更生病院					記載日					
〒446-8602 愛知県安城市安城町東広畔28番地					記載者					
TEL: 0566-75-2111 FAX: 0566-76-4335					看護課長サイン					

病院  
リハビリテーション科  
担当療法士

様

## リハビリ情報提供書

患者様名 テスト 123 様 (女) 1930/03/03生 (92歳)

平素より大変お世話になっております。上記患者様をご紹介します。

【診断名】

【既往歴】

【現病歴】

【算定区分】

【起算日】

【リハビリ経過】

【個人の特性・リスク・そのほか】

【機能評価】

【初期】

【最終】

リハビリ評価	【 初 期 】		【 最 終 】	
寝 返 り				
起き上がり				
端 座 位				
立ち上がり				
移 乗				
歩 行				
階 段				

病棟ADL	【 初 期 】		【 最 終 】	
食 事	主 食			
	副 食			
	水 分			
代替栄養				
食事動作				
トイレ動作				
移 動				

お忙しいところ大変恐縮ですが、引き続き御高配のほど何卒よろしくお願いいたします。

# 【看護サマリー】

フリガナ	テスト タロウ	男性	入院	令和3年6月3日
氏名	テスト 太郎 様	72歳	退院	令和3年6月4日
病名		生年月日	昭和25年8月10日	
連絡先	999-9999-9999	感染症	HBS <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 HCV <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 梅毒 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
既往歴		内服		
移動	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> シルバーカー <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> その他 ( <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 )			
基本動作	起立 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		座位保持 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可	
清潔	<input type="checkbox"/> リフト浴 <input type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> 一般浴 <input type="checkbox"/> 清拭 ( <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 )		最終入浴日 ( / )	
排泄	尿意 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		便意 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	方法 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> Pトイレ <input type="checkbox"/> リバン <input type="checkbox"/> オムツ		最終排便( / ) ( <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 )	
更衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			
食事	主食 ( <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 )           副食		水分・とろみ <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
コミュニケーション	意思疎通 <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 時々困難 <input type="checkbox"/> 困難			
	危険行動 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 :			
処置				
＜入院中の経過及び看護＞				

医療法人安祥会 松井整形外科

看護師長：松波 恵美子

TEL 0566-75-1177 FAX 0566-55-5503

記載者名：松波 恵美子



## 退院・退所情報記録書

### 1. 基本情報・現在の状態 等

記入日： 年 月 日

属性	フリガナ		性別	年齢	退院(所)時の要介護度 ( <input type="checkbox"/> 要区分変更 )			
	氏名	様	男・女	歳	<input type="checkbox"/> 要支援 ( ) ・ 要介護( ) <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> なし			
入院(所)概要	・入院(所)日：H 年 月 日 ・退院(所)予定日：H 年 月 日							
	入院原因疾患(入所目的等)							
	入院・入所先	施設名	棟	室				
	今後の医学管理	医療機関名：			方法	<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 訪問診療		
① 疾患と入院(所)中の状況	現在治療中の疾患	①	②	③	疾患の状況	*番号記入	安定( ) 不安定( )	
	移動手段	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他 ( )						
	排泄方法	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> カテーテル・パウチ ( )						
	入浴方法	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> 一般浴 <input type="checkbox"/> 機械浴 <input type="checkbox"/> 行わず						
	食事形態	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> その他 ( )					UDF等の食形態区分	
	嚥下機能(むせ)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(時々・常に)			義歯	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(部分・総)		
	口腔清潔	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良 <input type="checkbox"/> 著しく不良				入院(所)中の使用： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		
	口腔ケア	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助						
	睡眠	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良 ( )					眠剤使用	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
	認知・精神	<input type="checkbox"/> 認知機能低下 <input type="checkbox"/> せん妄 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 焦燥・不穏 <input type="checkbox"/> 攻撃性 <input type="checkbox"/> その他 ( )						
② 受け止め/意向	<本人> 病気、障害、後遺症等の受け止め方	本人への病名告知： <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし						
	<本人> 退院後の生活に関する意向							
	<家族> 病気、障害、後遺症等の受け止め方							
	<家族> 退院後の生活に関する意向							

### 2. 課題認識のための情報

③ 退院後に必要な事柄	医療処置の内容	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 経鼻栄養 <input type="checkbox"/> 経腸栄養 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 尿道カテーテル <input type="checkbox"/> 尿路ストーマ <input type="checkbox"/> 消化管ストーマ <input type="checkbox"/> 痛みコントロール <input type="checkbox"/> 排便コントロール <input type="checkbox"/> 自己注射 ( ) <input type="checkbox"/> その他 ( )					
	看護の視点	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 血圧 <input type="checkbox"/> 水分制限 <input type="checkbox"/> 食事制限 <input type="checkbox"/> 食形態 <input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 口腔ケア <input type="checkbox"/> 清潔ケア <input type="checkbox"/> 血糖コントロール <input type="checkbox"/> 排泄 <input type="checkbox"/> 皮膚状態 <input type="checkbox"/> 睡眠 <input type="checkbox"/> 認知機能・精神面 <input type="checkbox"/> 服薬指導 <input type="checkbox"/> 療養上の指導(食事・水分・睡眠・清潔ケア・排泄 などにおける指導) <input type="checkbox"/> ターミナル <input type="checkbox"/> その他 ( )					
	リハビリの視点	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 本人指導 <input type="checkbox"/> 家族指導 <input type="checkbox"/> 関節可動域練習(ストレッチ含む) <input type="checkbox"/> 筋力増強練習 <input type="checkbox"/> バランス練習 <input type="checkbox"/> 麻痺・筋緊張改善練習 <input type="checkbox"/> 起居/立位等基本動作練習 <input type="checkbox"/> 摂食・嚥下訓練 <input type="checkbox"/> 言語訓練 <input type="checkbox"/> ADL練習(歩行/入浴/トイレ動作/移乗等) <input type="checkbox"/> IADL練習(買い物、調理等) <input type="checkbox"/> 疼痛管理(痛みコントロール) <input type="checkbox"/> 更生装具・福祉用具等管理 <input type="checkbox"/> 運動耐容能練習 <input type="checkbox"/> 地域活動支援 <input type="checkbox"/> 社会参加支援 <input type="checkbox"/> 就労支援 <input type="checkbox"/> その他 ( )					
	禁忌事項	(禁忌の有無)	(禁忌の内容/留意点)				
		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり					
	症状・病状の予後・予測						
	退院に際しての日常生活の障害要因(心身状況・環境等)	例)医療機関からの見立て・意見(今後の見通し、急変の可能性や今後、どんなことが起こりうるか(合併症)、良くなっていく又はゆっくり落ちていく方向なのか 等)について、①疾患と入院中の状況、②本人・家族の受け止めや意向、③退院後に必要な事柄、④その他の観点から必要と思われる事項について記載する。					
	在宅復帰のために整えなければならない要件						
回目	聞き取り日	情報提供を受けた職種(氏名)					会議出席
1	年 月 日						無・有
2	年 月 日						無・有
3	年 月 日						無・有

※ 課題分析にあたっては、必要に応じて課題整理総括表の活用も考えられる。



入院医療機関からの指示による 入院中の中止薬	
---------------------------	--

### 3 患者の服薬状況（患者のアドヒアランス及び残薬等）

服薬管理者 ※家族、介助者の場合は 具体的な管理者（妻、ヘルパー など）も記載すること	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族(     ) <input type="checkbox"/> 介助者(     ) <input type="checkbox"/> その他(             )
服薬状況に関する留意点	
患者が容易に又は継続的に 服用できるための技術工夫等の 調剤情報	

### 4 薬剤による副作用・アレルギー歴

被疑薬	症状等	発現時期

### 5 併用薬剤等（要指導・一般医薬品、医薬部外品、いわゆる健康食品を含む）の情報

--

### 6 その他

--

#### 【記載上の注意】

- ・受診中の医療機関、診療科等の情報については、必要に応じて、備考欄に受診・通院目的を記載すること
- ・必要に応じて、手帳、血液検査の結果の写しなどを添付すること