

退院時情報提供書

令和 年 月 日

◀ 提供元医療機関 ▶

診療形態
入院

所在地、名称、電話及びFAX	記入者名	
	医師氏名	⑨

入院日	月	日	退院日	月	日	退院先	
情報提供の目的							
ふりがな				性別	<input type="checkbox"/> 男	職業	
氏名				<input type="checkbox"/> 女		生年月日 (年齢)	年 月 日 (歳)
住所						電話番号	
傷病名	生活機能低下の原因になっているもの						発症日 : 年 月 日 発症日 : 年 月 日
その他の傷病名 (合併症・既往歴)							
経過及び治療状況							
退院時処方							
高齢者の生活自立度	<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
認知症高齢者の生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> II	<input type="checkbox"/> IIa	<input type="checkbox"/> IIb	<input type="checkbox"/> III	<input type="checkbox"/> IIIa
	<input type="checkbox"/> IIIb	<input type="checkbox"/> IV	<input type="checkbox"/> M	必要と考える介護・福祉サービス又はサービス利用に際しての留意点等			
キーパーソン (連絡先)	氏名	続柄	連絡先	備考			
介護力	主介護者	続柄	主介護者以外の支援者	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 → ()			
	介護指導	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 → (理解状況 <input type="checkbox"/> 十分 <input type="checkbox"/> 不十分 → 問題点:)					
医療機関から本人・家族への病状の説明内容、受け止め方、本人・家族の今後の希望							
リハビリ	内容、目標						
医療処置	<input type="checkbox"/> 在宅酸素療法 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 尿道カテーテル <input type="checkbox"/> ストマ <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> その他 → ()						
ADL等	自立	見守り	一部 介助	全介助	備考(必要事項は追記)		
移動方法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 杖使用 <input type="checkbox"/> 装具・補助具使用		
口腔清潔	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	義歯 → <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
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"/> 制限あり ()	食事 形態	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> きざみ <input type="checkbox"/> 嚥下障害食 <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> その他 ()
更衣	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
入浴	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	最終入浴 () <input type="checkbox"/> 浴槽 <input type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> 清拭		
排泄	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	最終排便 ()		
服薬管理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	服薬に関して特に注意すること		
アレルギー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有						
療養上の問題	<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"/> 徘徊 <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"/> その他 ()						
特記事項							

※この情報を提供することについて、ご本人またはご家族から同意を得ています。