

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

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	職業	生年月日 (年齢)	年 月 日 (歳)
氏名						
住所					電話番号	
高齢者の生活自立度		認知症高齢者の生活自立度				
ACP ※参考としてご活用ください。			実施の有無		実施時期	令和 年 月
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						
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 ※サマリー添付 でも可	内容、目標					
ADL等	自立	見守り	一部 介助	全介助	身体・生活機能の状況	
移動方法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	移動方法	口腔清潔
食事	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	食事内容 ()	義歯の有無
更衣	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	食事形態 ()	義歯使用の有無
入浴	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	入浴方法	最終入浴 ()
排泄	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	最終排便 ()	アレルギーの有無
療養上の問題						薬
医療処置						服薬介助の有無
						薬の剤形
特記事項 (生活上の課題など)						

※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。

- (選択項目)
- ・移動方法 (車椅子・杖使用・装具・補助具使用・※特記)
 - ・食事内容 (普通食・治療食・制限あり・※特記)
 - ・食事形態 (普通・きざみ・嚥下障害食・ミキサー・その他・※特記)
 - ・療養上の問題 (幻視・幻聴・興奮・不穏・妄想・暴力・介護への抵抗・昼夜逆転・不眠・徘徊・危険行為・不潔行為・意思疎通困難・※特記)
 - ・医療措置 (在宅酸素療法、喀痰吸引、気管切開、胃ろう、経管栄養、尿道カテーテル、ストマ、褥瘡、※特記)
 - ・入浴方法 (自宅・通所系サービス・訪問入浴・※特記)
 - ・口腔清潔 (良・不良・著しく不良・※特記)
 - ・薬の剤形 (錠剤・カプセル・散剤(粉薬)・液剤(シロップ)・※特記)