

記載例【入・退院時連絡シート】(共通)

富士見市・ふじみ野市・三芳町方式

記載・送付日
20××年 ×月 ×日(×)曜日

*情報開示同意の確認は病院施設側は行うこと(居宅介護支援事業所は確認済み)

この情報開示及び連絡を()は同意されています。

入院時連絡
ケアマネ記入例
が入ります。

医療機関名：ただいま病院
所属部署：地域連携室
氏名：須玖 弥瑠 相談員 様
電話：049-888-888

居宅名：おかえりプラン
ケアマネジャー：三芳 次郎
電話：049-666-666
FAX：049-777-777

| | | | | | |
|--------------------------------------|--|-------|---|-------------------------------|-------|
| ふりがな 氏名 | ふじみの はなこ ふじみ野 花子 様 | | 男・女 <input checked="" type="radio"/> | 明・大・昭・平・令 13年 4月 1日生 [84]歳 | |
| 住所 (施設) | 〒356-0011 ふじみ野市福岡1-1-1 | | TEL 自宅 123-45-789 携帯 | | |
| 緊急 連絡者 | ① ふじみ野 三郎 | 続柄：長男 | 同居 <input checked="" type="radio"/> 別居 | C 県・市在住 TEL：987-654-321 | |
| | ② | 続柄： | 同居・別居 | 県・市在住 TEL： | |
| | ③ | 続柄： | 同居・別居 | 県・市在住 TEL： | |
| 入院期間 | 入院日 20 ××年 ×月 ○日 ~ 退院日 20 年 月 日 | | | | |
| 主治医 | ()科：()医師 | | | | |
| 入院時の 診断名 | | | | | |
| 入院時の 症状・主訴 | 気持ちが悪い、便が出ない 体がだるい | | | | |
| 病状説明 | 本人へ： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり：内容() | | | | |
| | 家族へ： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり：内容() | | | | |
| 本人の病気・障害・ 状態の受容(ACP等) | なるべく、もう入院はしたくない。家で好きなように暮らしたい。 | | | | |
| 家族の病気・障害・ 状態の受容(ACP等) | 面談したことがないので不明 在宅療養生活の方針、ACPにつながる情報です。 できるだけご記入下さい。 | | | | |
| 入院中又は在宅で 気になったエピソード・ 本人や家族の言動等 | <input checked="" type="checkbox"/> 本人：息子にはもう何年も会っていない。人の世話にはなりたくない。早くお迎えが来てほしい。 <input type="checkbox"/> 家族： <input checked="" type="checkbox"/> * 同封の居宅サービス計画(1)参照下さい(入院時のみ) | | | | |
| 既往歴 | 病名 | 年齢 | 経過 | 医療機関名 | 処方薬 |
| かかりつけ 医等 | うっ血性心不全、心房細動 | 78 | 通院・入院・手術・訪問 | ただいま病院 1回/月 | なし・あり |
| | 両目 白内障 | 74 | 通院・入院・手術・訪問 | うちゅう眼科 1回/半年 | なし・あり |
| (歯科医院も 忘れずに) | 脊柱管狭窄症 変形性膝関節症 | 70 | 通院・入院・手術・訪問 | たいよう整形 1回/3ヶ月 | なし・あり |
| | 糖尿病 | 65 | 通院・入院・手術・訪問 | ただいま病院 1回/月 | なし・あり |
| | | | 通院・入院・手術・訪問 | | なし・あり |

| | |
|-------------|------------------------------------|
| 退院後の 主治医 | [] 病院・医院・クリニック [] 医師 [通院: 回/月・週] |
| | 初回外来/訪問診療日 20 年 月 日 () 外来・医師 |

◎ 生活の状況

医療機関にとって、本人の背景や家族の介護状況、人間関係性を知る情報です。

| 家族構成 | 生活歴 | 住環境 | | | |
|---|--|----------------|--|--------|-------|
| ・男性:□ 女性:○ 本人:☑(男性)◎(女性) ・キーパーソン:K 主介護者:☆ 逝去:■● ・同居者は線で囲む 年齢 居住地 健康状態 | Y県生まれ。高校卒業後 都内で事務職に就く。 26歳で結婚後、ふじみ野市 で夫と八百屋を営んでい た。20年前に廃業。75歳ま でパートで近所の総菜屋で 働く。長男とは疎遠。独居。 | 住居 | <input checked="" type="checkbox"/> 戸建 ・集合住宅 持ち家 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 借家 | | |
| | | 自宅 | (2)階 | エレベーター | あり・なし |
| | | 寝室 | (1)階 | 階段手すり | あり・なし |
| | | トイレ | <input checked="" type="checkbox"/> 洋・和 | トイレ手すり | あり・なし |
| | 趣味・価値観・生きがい 旅行、カラオケ:通所先でも 歌や楽器演奏が好き。 世話好きだが、自分の事にな ると遠慮がち。 | 浴槽 | 浅・深 | 浴室手すり | あり・なし |
| | | 寝具 | <input checked="" type="checkbox"/> ベッド ・ 布団 | | |
| | | 室内段差 | あり・なし | | |
| | | 高い段差の場所 (玄関) | | | |

| | |
|------|---|
| 保険種別 | <input type="checkbox"/> 健保 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 共済 <input checked="" type="checkbox"/> 後期高齢1割 <input type="checkbox"/> 労災 <input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> 特定疾患 <input type="checkbox"/> 生保(担当:) |
| 障害認定 | <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 身障 <input checked="" type="checkbox"/> 日頃から、高齢者あんしんセットなどで、利用者の福祉制度活用状況、担当ケアマネジャーがすぐに分かるようにしておきましょう。 |
| 要介護度 | <input type="checkbox"/> 事業対象者 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 |
| 経済状況 | 有効期間: 令和○年 ○月 ×日～ 令和×年 △月 ○日 <input type="checkbox"/> 共済年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input checked="" type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 遺族年金 <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 他 |

◎ 身体・ADLの状況

入院前の身体状況の情報は、入院治療のゴール設定目標の参考になります。日頃からのサービス担当者との情報共有が役立ちます。

| | | |
|----------------------|---|---|
| 身体状況 | 身体状況 | 身長(150)cm(○月 %日) 体重(62)Kg(#月 &日) |
| | 麻痺 | 右:上肢[<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり] 下肢[<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり] 左:上肢[<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり] 下肢[<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり] |
| | 筋力低下 | 右:上肢[<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり] 下肢[<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり] 左:上肢[<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり] 下肢[<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり] |
| | 嚥下障害 | <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり[<input type="checkbox"/> 嚥 <input type="checkbox"/> 嚥 <input type="checkbox"/> 嚥] <input checked="" type="checkbox"/> できない事のチェックではなく、できることに着目しましょう!! |
| 認知症症状 高次脳機能 障害 | <input checked="" type="checkbox"/> 記憶障害 <input type="checkbox"/> 見当識障害 <input type="checkbox"/> 理解判断力の障害 <input type="checkbox"/> 実行機能障害 <input type="checkbox"/> 失認 <input type="checkbox"/> 失語 <input type="checkbox"/> 失行 <input type="checkbox"/> 注意障害 <input type="checkbox"/> 不穏 <input type="checkbox"/> 半側空間無視 <input type="checkbox"/> 幻覚・幻聴 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 性的問題行動 | |
| 入院前の 日常生活 自立度 | 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M | |
| 食事 (栄養) | 方法 | <input checked="" type="checkbox"/> 経口(箸・スプーンフォーク・補助具) <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 腸ろう <input type="checkbox"/> 経鼻経管 <input type="checkbox"/> 中心静脈 <input type="checkbox"/> 末梢点滴 |
| | 動作 | <input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守りが必要 <input type="checkbox"/> 介助が必要 <input type="checkbox"/> 全介助(用具や介助内容:) |
| | 内容 | 主食: <input type="checkbox"/> 米飯 <input checked="" type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> ミキサー粥 <input type="checkbox"/> 他(デイより:10日前から食欲低下あり、2~3割摂取となっていた) |
| | | 副食: <input type="checkbox"/> 常菜 <input checked="" type="checkbox"/> 軟菜 <input checked="" type="checkbox"/> 他(朝:パン食、昼:デイサービス・ヘルパー調理、夕:配食サービス) |
| 形態 | 熱量:()Kcal/日 蛋白:()g/日 塩分:()g/日 水分:()ml/日 | |
| 排泄 (尿) | 形態 | <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> ひと口大 <input checked="" type="checkbox"/> 刻み()cm角 <input type="checkbox"/> ソフト <input type="checkbox"/> ペースト <input type="checkbox"/> トロミ(学会分類コード -) |
| | 尿意 | <input checked="" type="checkbox"/> あり不十分 <input type="checkbox"/> なし 排尿回数:(?)回/日、導尿回数:()回/日、おむつ交換回数:()回/日 |
| | 動作 | <input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守りが必要 <input type="checkbox"/> 介助が必要 <input type="checkbox"/> 全介助(介助内容:()) |

| | | |
|---|--|--|
| 排泄 (便) | 留意 | <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 排便回数: (?)回/日、または ()日に1回 ×月×日3日前にディで排便 |
| | 方法 | <input checked="" type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> リハパンツ <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> 便器 <input type="checkbox"/> 消化管ストマ |
| | 動作 | <input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 見守りが必要 <input type="checkbox"/> 介助が必要 <input type="checkbox"/> 全介助(用具や介助内容:) |
| 整容 (髪・爪・目・耳・鼻・口) | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守りが必要 <input checked="" type="checkbox"/> 介助が必要 <input type="checkbox"/> 全介助(用具や介助内容: 自分でできるが磨き残しの確認必要) | |
| | 義歯: 上: <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり 下: <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> 部分入歯・ <input checked="" type="checkbox"/> 総入歯・ <input type="checkbox"/> インプラント) | |
| 入浴 | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守りが必要 <input checked="" type="checkbox"/> 介助が必要 <input type="checkbox"/> 全介助(用具や介助内容: 体の前面は自分で洗え、拭ける) | |
| | <input type="checkbox"/> 一般浴 <input checked="" type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> 機械浴 <input type="checkbox"/> 清拭 <input type="checkbox"/> 行わず <input type="checkbox"/> 他(ディで入浴 3回/週) | |
| 更衣 | 上衣: <input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守りが必要 <input type="checkbox"/> 介助が必要 <input type="checkbox"/> 全介助 下衣: <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守りが必要 <input checked="" type="checkbox"/> 介助が必要 <input type="checkbox"/> 全介助 | |
| 基本動作 | 寝返り | <input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守りが必要 <input type="checkbox"/> 介助が必要 <input type="checkbox"/> 全介助(用具や介助内容:) |
| | 起き上がり | <input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守りが必要 <input type="checkbox"/> 介助が必要 <input type="checkbox"/> 全介助(用具や介助内容:) |
| | 座位 | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守りが必要 <input type="checkbox"/> 介助が必要 <input type="checkbox"/> 全介助(用具や介助内容: 座り直しの介助が必要) |
| | 移乗 | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守りが必要 <input type="checkbox"/> 介助が必要 <input type="checkbox"/> 全介助(用具や介助内容:) |
| 移動 | 補助具 | <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 杖受け <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 歩行器用カバー <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 装具 <input checked="" type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> リクライニング車いす |
| | 動作 | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守りが必要 <input checked="" type="checkbox"/> 介助が必要 <input type="checkbox"/> 全介助(介助内容: 自走できない) |
| 知覚 | 視力 | <input type="checkbox"/> 問題なし <input checked="" type="checkbox"/> やや難あり(両目・右目・左目) <input type="checkbox"/> 見えない 眼鏡: <input checked="" type="checkbox"/> あり使っていない <input type="checkbox"/> なし |
| | 聴力 | <input type="checkbox"/> 問題なし <input checked="" type="checkbox"/> 大きな声で聞こえる(両耳・右耳・左耳) <input checked="" type="checkbox"/> 補聴器・集音器で聞こえる <input type="checkbox"/> 聞こえない <small>ほとんど使っていない</small> |
| 伝達 | 方法 | <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 筆談 <input type="checkbox"/> 手話 <input type="checkbox"/> 文字盤 <input type="checkbox"/> パソコン <input type="checkbox"/> 点字 <input type="checkbox"/> 意思伝達装置() |
| | 会話 | <input type="checkbox"/> 普通 <input checked="" type="checkbox"/> おおむね可能 <input type="checkbox"/> 簡単な返事は可能 <input type="checkbox"/> できない |
| 睡眠 | 状況 | <input type="checkbox"/> 良 <input checked="" type="checkbox"/> 不良 睡眠剤: <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり() |
| 嗜好 精神面における療養上の問題 家族の介護力 家族や同居者等による虐待の疑い 家族への介護指導 禁忌事項(禁忌動作等) | 喫煙: <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり(数本:吸い殻あり)本位/日 飲酒: <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()を()ml位/日 | |
| | <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり:(<input type="checkbox"/> うつ病 <input type="checkbox"/> 適応障害 <input type="checkbox"/> 統合失調症 <input type="checkbox"/> 双極性障害 <input type="checkbox"/> 依存症 <input type="checkbox"/> 神経症 <input type="checkbox"/> 器質性・生体性精神障害 <input type="checkbox"/> 発達障害 <input type="checkbox"/> 認知症(BPSD) <input checked="" type="checkbox"/> 他) <small>後ろ向きな発言がある</small> | |
| | <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり() 在宅での状況のご記入をお願いします。 | |
| | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(内容: 長男にお会いできていないので未確認です。) | |
| | <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり⇒理解(<input type="checkbox"/> 十分 <input type="checkbox"/> 不十分(問題点:)) | |
| | <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(内容:) | |

日常生活動作の状況はできるだけ、
ご記入下さい。リハビリの参考目標になり、
用具や介助内容が伝わることで病院での
介助の参考になります。

退院後の生活に向けて必要な項目ですので、
在宅での状況のご記入をお願いします。

入院前の、訪問看護・訪問診療・通院の目的、および医療処置内容、療養方針、経過等は病院側が知りたい情報です。

◎ 医療状況

| | |
|-------|---|
| アレルギー | 薬品: <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり() 食品: <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり(桃) 金属・ゴム・絆創膏:(不明) |
| 感染症 | <input type="checkbox"/> HBV <input type="checkbox"/> HCV <input type="checkbox"/> MRSA : <input type="checkbox"/> 保菌 <input type="checkbox"/> 発症(<input type="checkbox"/> 痰 <input type="checkbox"/> 血液 <input type="checkbox"/> 尿 <input type="checkbox"/> 創部) <input checked="" type="checkbox"/> 他(把握していません) |
| 医療処置 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 高カロリー中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 静脈注射 <input type="checkbox"/> 自己注射 <input type="checkbox"/> 血糖測定()回/日 <input type="checkbox"/> 酸素()l/分 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 透析(血液・腹膜) <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 経鼻栄養 <input type="checkbox"/> 経腸栄養(種類: 、サイズ: Fr、最終交換(予定)日: /) <input type="checkbox"/> 尿道カテーテル(種類: 、サイズ: Fr、最終交換(予定)日: /) <input type="checkbox"/> 自己導尿 <input type="checkbox"/> 尿路ストマ(使用装具: 、交換頻度:) <input type="checkbox"/> 消化管ストマ(使用装具: 、交換頻度:) <input checked="" type="checkbox"/> 排便コントロール:下剤・ 排便 ・浣腸・その他 <input type="checkbox"/> ドレーン管理(挿入部: 処置頻度: 通常の排泄量: ml/日) <input type="checkbox"/> 褥瘡(部位:) <input type="checkbox"/> 創処置(部位:) <input type="checkbox"/> 疼痛コントロール(部位:) <input type="checkbox"/> 医療材料() <input type="checkbox"/> 衛生材料():在宅療養指導管理医療機関() |

| | | | |
|-----------|--|---------|--------------------------|
| 医療処置方法 | <input type="checkbox"/> 自己管理 <input type="checkbox"/> 家族管理 <input checked="" type="checkbox"/> 訪問看護 <input checked="" type="checkbox"/> 他(デイサービス看護師) | | |
| 急変時受け入れ病院 | <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり:(ただいま 病院) | かかりつけ薬局 | ふじみ野市 ちきゅう 薬局・P 店 |
| 内服薬 | <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり(別紙参照: <input checked="" type="checkbox"/> お薬手帳 <input type="checkbox"/> 薬剤情報提供書 <input type="checkbox"/> 診療情報提供書 <input type="checkbox"/> 看護サマリー <input type="checkbox"/> 他 | | |
| 薬剤管理 | <input type="checkbox"/> 自己管理 <input type="checkbox"/> 家族管理() <input checked="" type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問薬剤師 <input checked="" type="checkbox"/> 訪問介護 <input checked="" type="checkbox"/> 他(Kデイサービス) | | |
| 看護上の課題点 | <input type="checkbox"/> 治療・療養方針 <input type="checkbox"/> 入院前、入院時、退院時の病状・ADL変化 <input checked="" type="checkbox"/> バイタルサイン等観察注意点 <input type="checkbox"/> 水分管理 <input type="checkbox"/> 食事療法 <input type="checkbox"/> 食形態・嚥下機能 <input checked="" type="checkbox"/> 排泄(自立支援) <input checked="" type="checkbox"/> 皮膚 <input type="checkbox"/> 睡眠 <input checked="" type="checkbox"/> 自己管理状況 <input type="checkbox"/> 活動量 <input checked="" type="checkbox"/> 服薬状況 <input type="checkbox"/> 意欲・認知力・精神面 <input type="checkbox"/> 疼痛、苦痛緩和 <input checked="" type="checkbox"/> 口腔ケア・清潔ケア <input type="checkbox"/> 療養生活に必要な指導(誰に・何を・どう・結果) <input type="checkbox"/> 介護者支援や関係調整 <input type="checkbox"/> 訪問歯科衛生指導 <input type="checkbox"/> 生命予後、病状、ADL変化予測 <input type="checkbox"/> 寝たきり・悪化予防 <input type="checkbox"/> 急変時対応 <input type="checkbox"/> ACP・看取り <input type="checkbox"/> 災害時対応 <input checked="" type="checkbox"/> 看看連携(H訪問看護・Kデイ) <input type="checkbox"/> 退院後の外来予定先・月日() <input type="checkbox"/> 住環境/医療・介護機器 | | |
| リハビリ上の課題点 | <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"/> 筋力増強運動 <input type="checkbox"/> 疼痛管理 <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"/> 高次脳訓練 <input checked="" type="checkbox"/> ADL練習(入浴/トイレ動作/移乗移動等) <input type="checkbox"/> IADL練習(買い物、調理等) <input type="checkbox"/> 外出訓練 <input type="checkbox"/> 運動耐用能練習 <input type="checkbox"/> 更生装具・福祉用具等管理 <input type="checkbox"/> 住環境 <input type="checkbox"/> 家屋改修 <input type="checkbox"/> リハビリの意欲目標 <input type="checkbox"/> 社会参加支援 <input type="checkbox"/> 就労支援 <input type="checkbox"/> 趣味活動 <input checked="" type="checkbox"/> リハビリ連携(H訪問リハ・Kデイ 事業所等) <input type="checkbox"/> 他 | | |
| 栄養管理の課題点 | <input type="checkbox"/> 本人指導 <input type="checkbox"/> 家族指導 <input type="checkbox"/> 栄養状態 <input checked="" type="checkbox"/> 食事療法(糖尿病) <input type="checkbox"/> 嗜好・偏食・食べたい物 <input type="checkbox"/> 認知 <input type="checkbox"/> 栄養 | | |
| 薬剤管理の課題点 | <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 薬剤形状形態(嚥下機能) <input type="checkbox"/> ポリファーマシー <input type="checkbox"/> 服薬アドヒアランス <input type="checkbox"/> 他() <input type="checkbox"/> 相互作用(併診処方薬、OTC薬、健康食品等) <input type="checkbox"/> 調剤薬局連携() | | |
| MSWの課題点 | <input type="checkbox"/> 各種医療費助成制度活用 <input type="checkbox"/> 各種制度申請支援 <input type="checkbox"/> 地域移行・定着支援 <input type="checkbox"/> 生活面・悩み相談 <input type="checkbox"/> 家族等関係性調整(虐待などを含む) <input type="checkbox"/> 社会復帰・就労・復学支援 <input type="checkbox"/> 一時入院、受診窓口相談 <input type="checkbox"/> 外出・外泊支援 <input type="checkbox"/> 逝去時連絡先 <input type="checkbox"/> その他(患者会・事前意思表示・ACP・がん相談・献体等) | | |

ケアプランの各サービス導入の根拠です。
各事業所のサービスの「目的・利用者の課題・計画・実施・評価等」の状況をご確認ください。
また、この情報は 病院側も課題とする項目となり、引き継ぐことが可能となります。

◎包括・ケア

病状の把握、入院の原因、生活上の課題、入院加療の評価につながる情報です。

| | |
|---------------|---|
| 入院歴 | 最近半年間() <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり(期間×年△月○日～×年△月△日(理由: 心不全) |
| 入院頻度 | <input type="checkbox"/> 頻度は高い/繰り返し <input checked="" type="checkbox"/> 頻度は低いがこれまでもあり <input type="checkbox"/> 今回が初めて |
| 入院前の利用サービス | * 同封の書類をご確認下さい <input checked="" type="checkbox"/> 居宅サービス計画書1.2.3 <input type="checkbox"/> 他() * 長男様とのIC時に同席希望します! |
| カンファレンスの希望 | <input checked="" type="checkbox"/> IC同席 <input checked="" type="checkbox"/> 介護連携CF <input type="checkbox"/> 多職種CF <input checked="" type="checkbox"/> 退院前共同CF <input type="checkbox"/> 退院前訪問指導同行 |
| ケアマネジメント上の課題点 | 入院前の生活課題: 自己ケア能力・人間関係・介護力・住環境・経済面・心身変化・入院原因・ケアプラン評価等 味の濃いものを好み、ヘルパーに買い物に依頼される傾向にあります。生活介護のヘルパーも栄養指導の際に同席させていただきたいと思っております。本人の自立度によっては、入所や終末期について長男と話し合いが必要です。最近、易疲労でデイサービスへの意欲が低下してきていました。 |
| お互いの確認事項 | 病院側は、ケアマネジャーの専門職的意見として知りたい情報です。 できるだけご記入下さい。 また、退院時(カンファレンス)には病院からのこれらの項目に関する情報や ケアマネジャーから送った「入院時連絡シート」に対する回答内容を確認しましょう。 |
| ケアマネ⇔医療機関 | <input type="checkbox"/> 予想される退院後の生活(受入先)の受け止め <input type="checkbox"/> ICの内容 <input checked="" type="checkbox"/> ACP <input type="checkbox"/> 大切にしている事 <input checked="" type="checkbox"/> 新たな医療ニーズ(清潔ケア・移乗・移動などサービス支援への留意点 <input type="checkbox"/> 退院後の生活(受入先)の受け止め <input checked="" type="checkbox"/> 服薬状況 <input checked="" type="checkbox"/> 急変の可能性と対応方法 <input type="checkbox"/> 併診医、関係事業所との連携 <input type="checkbox"/> 配慮してほしいこと |
| 退院時必要書類等 | <input checked="" type="checkbox"/> 退院予定の連絡 *退院の検討を始めた段階で、ご連絡ください <input checked="" type="checkbox"/> サマリー(看・リ・薬・栄・相) <input checked="" type="checkbox"/> 訪問看護指示書 <input type="checkbox"/> 特別訪問看護指示書 <input type="checkbox"/> 診療情報提供書(医・歯・リ・薬・栄) <input type="checkbox"/> 軽度者福祉用具貸与理由書 <input checked="" type="checkbox"/> 入浴可否判断書 |
| 必要な連絡先 | <input type="checkbox"/> 成年後見人(氏名: 連絡先: Tel:) 本人の回復状況。屋内の転倒危険因子の見直し。長男の協力内容、緊急の連絡がつくこと。民生委員の* * *さん、近隣の@@さんの協力を得ています。 |
| 在宅生活に必要な要件 | |

*CF:カンファレンス、IC:インフォームドコンセントの略とする

記載例【入・退院時連絡シート】(共通)

記載 ・ 送付日

20××年 ×月 ×日(×)曜日

富士見市・ふじみ野市・三芳町方式

*情報開示同意の確認は病院施設側は行うこと(居宅介護支援事業所は確認済み)

この情報開示及び連絡をとることにご本人・ご家族(ふじみ野三郎様)は同意されています。

医療機関名：ただいま病院
 所属部署：看護部 A病棟
 氏名：看護 C子
 電話：049-888-888

退院時連絡
病院記入例
が入ります。

包括・居宅名：おかえりプラン
 氏名：三芳 次郎 ケアマネジャー 様
 電話：049-666-666
 F A X：049-777-777

| | | | | | |
|--------------------------------------|---|---|---|----------|---|
| ふりがな 氏名 | ふじみの はなこ ふじみ野 花子 様 | 男・女 <input checked="" type="radio"/> 男 | 明・大・昭・平・令 13年 4月 1日生 [84]歳 | | |
| 住所 (施設) | 〒356-0011 ふじみ野市福岡1-1-1 | TEL 自宅 123-45-789 携帯 | | | |
| 緊急 連絡者 | ① ふじみ野 三郎 続柄:長男 同居 <input checked="" type="radio"/> 別居 ② 続柄: 同居・別居 ③ 続柄: 同居・別居 | C 県・市在住 TEL: 987-654-321 | | | |
| 入院期間 | 入院日 20 ××年 ×月 ○日 ~ 退院日 20 ××年 ○月 ×日 | | | | |
| 主治医 | (循環器内科)科: (富士見 太郎)医師 | | | | |
| 入院時の 診断名 | うっ血性心不全急性増悪、肺水腫、糖尿病、便秘症、認知症 | | | | |
| 入院時の 症状・主訴 | 胸苦しい、気持ちが悪い、足が重たい | | | | |
| 病状説明 | 本人へ: <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり: 内容(心臓が弱っています。塩辛いものは控えて、薬を忘れないで飲みましょう。) 本人の理解、納得は不明 家族へ: <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり: 内容(○月○日○時~長男様へ説明予定) | | | | |
| 本人の病気・障害・ 状態の受容(ACP等) | 生きているのがつらい、早くお迎えが来てほしい。家で好きなように暮らしたい。 | | | | |
| 家族の病気・障害・ 状態の受容(ACP等) | ○月○日に確認予定 在宅療養生活の方針、ACPにつながる情報です。できるだけご記入下さい。 | | | | |
| 入院中又は在宅で 気になったエピソード・ 本人や家族の言動等 | <input checked="" type="checkbox"/> 本人: 病院のご飯は味がしない、家で饅頭が食べたいよ。息子には会いたくない。 <input type="checkbox"/> 家族: <input type="checkbox"/> * 同封の居宅サービス 病名を略語で記入しないでください。 | | | | |
| 既往歴 | 病名 | 年齢 | 経過 | 医療機関名 | 処方薬 |
| かかりつけ 医等 (歯科医院も 忘れずに) | うっ血性心不全、心房細動 | 78 | <input checked="" type="radio"/> 通院・入院・手術・訪問 | ただいま病院 | なし・ <input checked="" type="radio"/> あり |
| | 両目 白内障 | 74 | <input checked="" type="radio"/> 通院・入院 <input checked="" type="radio"/> 手術・訪問 | うちゅう眼科 | なし・ <input checked="" type="radio"/> あり |
| | 脊柱管狭窄症 変形性膝関節症 | 70 | <input checked="" type="radio"/> 通院・入院・手術・訪問 | たいよう整形外科 | なし・ <input checked="" type="radio"/> あり |
| | 糖尿病 | 65 | <input checked="" type="radio"/> 通院・入院・手術・訪問 | ただいま病院 | なし・ <input checked="" type="radio"/> あり |
| | | | 通院・入院・手術・訪問 | | なし・あり |

| | |
|-------------|--|
| 退院後の 主治医 | [<u>ただいま</u>] <u>病院</u> 医院・クリニック [<u>富士見 太郎</u> (<u>循内</u>)/ <u>川越 五郎</u> (<u>内</u>)] 医師 [通院: <u>1回</u> / <u>1月</u> ・ 週] |
| | 初回外来/訪問診療日 20 × × 年 ○ 月 △ 日 (<u>富士見医師</u> / <u>川越医師</u>) 外来・医師 |

◎生活の状況

入院時間診票やデータベースに添って、省略しないで記入しましょう。

| 家族構成 | 生活歴 | 住環境 | | | |
|---|---|----------------|---------|--------|-------|
| ・男性:□ 女性:○ 本人:☑(男性)◎(女性) ・キーパーソン:K 主介護者:☆ 逝去:●● ・同居者は線で囲む 年齢 居住地 健康状態 10年前 脳卒中82歳 姉:1年前乳がん86歳 Y県 長男:C県D市 60歳 建設業 | Y県生まれ。高校卒業後 都内で事務職に就く。 26歳で結婚後、ふじみ野市 で夫と八百屋を営んでいた。 20年前に廃業。75歳まで パートで近所の総菜屋で 働く。長男とは疎遠。独居。 趣味・価値観・生きがい お話好きだが、長男の話は 避けようとする。体調が回復 してからは、自分の事は 自分でやりたいと話す。 | 住居 | 巨建・集合住宅 | 持ち家・借家 | |
| | | 自宅 | (2) 階 | エレベーター | あり・なし |
| | | 寝室 | (1) 階 | 階段手すり | あり・なし |
| | | トイレ | 洋・和 | トイレ手すり | あり・なし |
| | | 浴槽 | 浅・深 | 浴室手すり | あり・なし |
| | | 寝具 | | ベッド・布団 | |
| | | 室内段差 | | あり・なし | |
| | | 高い段差の場所 (玄関) | | | |

| | |
|------|--|
| 保険種別 | <input type="checkbox"/> 健保 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 共済 <input checked="" type="checkbox"/> 後期高齢1割 <input type="checkbox"/> 労災 <input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> 特定疾患 <input type="checkbox"/> 生保(担当:) |
| 障害認定 | <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 身障 <input checked="" type="checkbox"/> ケアマネ情報・高齢者あんしんセット 医療 障害名() |
| 要介護度 | <input type="checkbox"/> 事業対象者 <input type="checkbox"/> 申請 <input checked="" type="checkbox"/> 介護保険証の情報を確認しましょう。 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input checked="" type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 |
| 経済状況 | 有効期間: 令和○年 ○月 ×日 ~ 令和×年 △月 ○日 <input type="checkbox"/> 共済年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input checked="" type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 遺族年金 <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 他 |

身体状況の情報は、退院後の生活に大きく関係します。

また、サービス導入の参考になります。ご記入をお願いします。

◎身体・ADLの状況

| | | |
|----------------------|---|---|
| 身体状況 | 身体状況 | 身長(150)cm(○月 △日) 体重(57)Kg(○月 △日) |
| | 麻痺 | 右:上肢[<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり] 下肢[<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり] 左:上肢[<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり] 下肢[<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり] |
| | 筋力低下 | 右:上肢[<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり] 下肢[<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり] 左:上肢[<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり] 下肢[<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり] |
| | 嚥下障害 | <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり [<input type="checkbox"/> 咀嚼 <input type="checkbox"/> 咽頭への送り込み <input type="checkbox"/> 咽頭期 <input type="checkbox"/> 他()] <input type="checkbox"/> 不明 |
| 認知症症状 高次脳機能 障害 | <input checked="" type="checkbox"/> 記憶障害 <input type="checkbox"/> 見当識障害 <input type="checkbox"/> 理解判断力の障害 <input type="checkbox"/> 実行機能障害 <input type="checkbox"/> 失認 <input type="checkbox"/> 失語 <input type="checkbox"/> 失行 <input type="checkbox"/> 注意障害 <input type="checkbox"/> 不穏 <input type="checkbox"/> 半側空間無視 <input type="checkbox"/> 幻覚・幻聴 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 性的問題行動 | |
| 入院前の 日常生活 自立度 | 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M | |
| 食事 (栄養) | 方法 | <input checked="" type="checkbox"/> 経口(箸・スプーンフォーク・補助具) <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 腸ろう <input type="checkbox"/> 経鼻経管 <input type="checkbox"/> 中心静脈 <input type="checkbox"/> 末梢点滴 |
| | 動作 | <input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守りが必要 <input type="checkbox"/> 介助が必要 <input type="checkbox"/> 全介助(用具や介助内容:) |
| | 内容 | 主食: <input type="checkbox"/> 米飯 <input checked="" type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> ミキサー粥 <input type="checkbox"/> 他() |
| | | 副食: <input type="checkbox"/> 常菜 <input checked="" type="checkbox"/> 軟菜 <input type="checkbox"/> 他() |
| 形態 | 熱量: (1200)Kcal/日 蛋白: ()g/日 塩分: (7)g/日 水分: (食事以外で300)ml/日 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> ひと口大 <input checked="" type="checkbox"/> 刻み()cm角 <input type="checkbox"/> ソフト <input type="checkbox"/> ペースト <input type="checkbox"/> トロミ(学会分類コード -) | |
| 排泄 (尿) | 尿意 | <input checked="" type="checkbox"/> あり失敗あり <input type="checkbox"/> なし 排尿回数: (10)回以上/日、導尿回数: ()回/日、おむつ交換回数: (6)回/日 |
| | 方法 | <input checked="" type="checkbox"/> トイレ <input checked="" type="checkbox"/> ポータブル夜間 <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> 尿器 <input checked="" type="checkbox"/> リハビリパンツ <input type="checkbox"/> 布パンツ <input checked="" type="checkbox"/> パット <input type="checkbox"/> 尿管 <input type="checkbox"/> 尿路ストマ |
| | 動作 | <input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 見守りが必要 <input type="checkbox"/> 介助が必要 <input type="checkbox"/> 全介助(介助内容: <u>リハビリパンツの上げ下げ、失禁時交換</u>) |

| | | | |
|--|---|---|--|
| 排泄 (便) | 便意 | <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | 排便回数: ()回/日、 または (2~3)日に1回 |
| | 方法 | <input checked="" type="checkbox"/> トイレ <input checked="" type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> リハパンツ <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> 便器 <input type="checkbox"/> 消化管ストマ | |
| | 動作 | <input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 見守りが必要 <input type="checkbox"/> 介助が必要 <input type="checkbox"/> 全介助(用具や介助内容: 排便後の拭きとりの指示) | |
| 整容 (髪・爪・目・耳・鼻・口) | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守りが必要 <input checked="" type="checkbox"/> 介助が必要 <input type="checkbox"/> 全介助(用具や介助内容: 爪切り全介助、歯磨き残し確認) | | |
| | 義歯: 上: <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり 下: <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> 部分入歯 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 総入歯 ・ <input type="checkbox"/> インプラント) | | |
| 入浴 | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守りが必要 <input checked="" type="checkbox"/> 介助が必要 <input type="checkbox"/> 全介助(用具や介助内容: 背中・足先・臀部の洗体) | | |
| | <input type="checkbox"/> 一般浴 <input type="checkbox"/> シャワー浴 <input checked="" type="checkbox"/> 機械浴 <input type="checkbox"/> 清拭 <input type="checkbox"/> 行わず <input type="checkbox"/> 他() | | |
| 更衣 | 上衣: <input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守りが必要 <input type="checkbox"/> 介助が必要 <input type="checkbox"/> 全介助 | 下衣: <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守りが必要 <input checked="" type="checkbox"/> 介助が必要 <input type="checkbox"/> 全介助 | |
| 基本動作 | 寝返り | <input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守りが必要 <input type="checkbox"/> 介助が必要 <input type="checkbox"/> 全介助 | 用具や介助内容: つかまれば可能 |
| | 起き上がり | <input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守りが必要 <input type="checkbox"/> 介助が必要 <input type="checkbox"/> 全介助 | 用具や介助内容: つかまり、ギャッジアップで可能 |
| | 座位 | <input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守りが必要 <input type="checkbox"/> 介助が必要 <input type="checkbox"/> 全介助 | 用具や介助内容: 背もたれ、支えが必要 |
| | 移乗 | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守りが必要 <input checked="" type="checkbox"/> 介助が必要 <input type="checkbox"/> 全介助 | 用具や介助内容: 立ち上がり時にふらつきあり |
| 移動 | 補助具 | <input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖・手すり <input type="checkbox"/> シルバーカー <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 装具 <input checked="" type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> リクライニング車いす | |
| | 動作 | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守りが必要 <input checked="" type="checkbox"/> 介助が必要 <input type="checkbox"/> 全介助(介助内容: 易疲労のため自走できない) | |
| 知覚 | 視力 | <input type="checkbox"/> 問題なし <input checked="" type="checkbox"/> やや難あり(両目・右目・左目) <input type="checkbox"/> 見えない | 眼鏡: <input checked="" type="checkbox"/> あり使っていない <input type="checkbox"/> なし |
| | 聴力 | <input type="checkbox"/> 問題なし <input checked="" type="checkbox"/> 大きな声で聞こえる(両耳・右耳・左耳) <input checked="" type="checkbox"/> 補聴器・集音器で聞こえる <input type="checkbox"/> 聞こえない | |
| 伝達 | 方法 | <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 筆談 <input type="checkbox"/> 手話 <input type="checkbox"/> 文字盤 <input type="checkbox"/> パソコン <input type="checkbox"/> 点字 <input type="checkbox"/> 意思伝達装置() | |
| | 会話 | <input type="checkbox"/> 普通 <input checked="" type="checkbox"/> おおむね可能 <input type="checkbox"/> 簡単な返事は可能 <input type="checkbox"/> できない | |
| 睡眠 | 状況 | <input type="checkbox"/> 良 <input checked="" type="checkbox"/> 不良 | 睡眠剤: <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり() |
| 嗜好 | 喫煙: <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり(入院前1~2)本位/日 | 飲酒: <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()を()ml位/日 | |
| 精神面における療養上の問題 | <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり:(<input type="checkbox"/> うつ病 <input type="checkbox"/> 適応障害 <input type="checkbox"/> 統合失調症 <input type="checkbox"/> 双極性障害 <input type="checkbox"/> 依存症 <input type="checkbox"/> 神経症 <input type="checkbox"/> 器質性認知症 <input type="checkbox"/> 発達障害 <input type="checkbox"/> 認知症(BPSD) <input checked="" type="checkbox"/> 他) 今後の生活に向けて必要な項目ですので、後ろ向きな発言がある | | |
| 家族の介護力 | <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(<input type="checkbox"/> 通常 <input type="checkbox"/> 特異的) <input type="checkbox"/> 週間のみ <input type="checkbox"/> ()日/週 <input type="checkbox"/> 見込めない <input type="checkbox"/> 支援者なし ご記入をお願いします。 | | |
| 家族や同居者等による虐待の疑い | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(内容: 母子関係が疎遠な原因が不明で、解決に至らず。今後、自宅生活が継続可能か検討を要す) | | |
| 家族への介護指導 | <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり⇒理解(<input type="checkbox"/> 十分 <input checked="" type="checkbox"/> 不十分(問題点: 他県在住、また就労のため月に1~2回帰省し安否確認なら可也。) | | |
| 禁忌事項 (禁忌動作等) | <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(内容: 訪問・通所系・短期入所サービス利用にも必要な情報です。) | | |
| ◎ 医療状況 | | | |
| アレルギー | 薬品: <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり() | 食品: <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり(桃) | 金属・ゴム・絆創膏・() |
| 感染症 | <input type="checkbox"/> HBV <input type="checkbox"/> HCV <input type="checkbox"/> MRSA : <input type="checkbox"/> 保菌 <input type="checkbox"/> 発症(<input type="checkbox"/> 痰 <input type="checkbox"/> 血液 <input type="checkbox"/> 尿 <input type="checkbox"/> 創部) <input type="checkbox"/> 他() | | |
| 医療処置 | <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> 高カロリー中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 静脈注射 <input checked="" type="checkbox"/> 自己注射 <input checked="" type="checkbox"/> 血糖測定(4)回/日 病棟看護師が行っている | | |
| | <input type="checkbox"/> 酸素(/分) <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 透析(血液・腹膜) <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 経鼻栄養 <input type="checkbox"/> 経腸栄養(種類: 、サイズ: Fr、最終交換(予定)日: /) <input type="checkbox"/> 尿道カテーテル(種類: 、サイズ: Fr、最終交換(予定)日: /) <input type="checkbox"/> 自己導尿 <input type="checkbox"/> 尿路ストマ(使用装具: 、交換頻度:) <input type="checkbox"/> 消化管ストマ(使用装具: 、交換頻度:) <input checked="" type="checkbox"/> 排便コントロール: 下剤・摘便・浣腸・その他 <input type="checkbox"/> ドレーン管理(挿入部: 処置頻度: 通常の排泄量: ml/日) <input type="checkbox"/> 褥瘡(部位:) <input type="checkbox"/> 創処置(部位:) <input type="checkbox"/> 疼痛コントロール(<input type="checkbox"/> 口腔内 <input type="checkbox"/> 歯周 <input type="checkbox"/> 舌 <input type="checkbox"/> 粘膜) <input checked="" type="checkbox"/> 医療材料(インスリン・血糖測定検討中) <input type="checkbox"/> 衛生材料(): 在宅療養指導管理医療機関(当院予定) | | |
| セルフケアで可能か、訪問看護師・通所系施設看護師・外来看護師との連携の必要性を判断し、訪問診療医等と情報共有が必要な項目になります。 | | | |

| | |
|-------------------|---|
| 医療処置方法 | <input type="checkbox"/> 自己管理 <input type="checkbox"/> 家族管理 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input checked="" type="checkbox"/> 他(インスリン製剤、血糖測定回数を主治医・薬剤師と検討中) |
| 急変時受け入れ病院 | <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり:(ただいま 病院) かかりつけ薬局 ふじみ野市 ちきゅう 薬局・P 店 |
| 内服薬 | <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり(別紙参照: <input checked="" type="checkbox"/> お薬手帳 <input checked="" type="checkbox"/> 薬剤情報提供書 <input type="checkbox"/> 診療情報提供書 <input type="checkbox"/> 看護サマリー <input type="checkbox"/> 他 |
| 薬剤管理 | <input type="checkbox"/> 自己管理 <input type="checkbox"/> 家族管理() <input checked="" type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問薬剤師 <input checked="" type="checkbox"/> 訪問介護 <input checked="" type="checkbox"/> 他(Kデイサービス) |
| 病院・施設・訪問看護上の課題点 | <input checked="" type="checkbox"/> 治療・療養方針 <input checked="" type="checkbox"/> 水分管理 <input checked="" type="checkbox"/> 食生活に必要 <input checked="" type="checkbox"/> 活動量 <input checked="" type="checkbox"/> 療養生活に必要な指導(誰に・何を・どう・結果) <input type="checkbox"/> 生命予後、病状、ADL変化予測 <input type="checkbox"/> 寝たきり・悪化予防 <input type="checkbox"/> 急変時対応 <input checked="" type="checkbox"/> ACP・看取り <input type="checkbox"/> 災害時対応 <input checked="" type="checkbox"/> 看看連携(H訪問看護・Kデイ) <input checked="" type="checkbox"/> 退院後の外来予定先・月日(当院○月△日) <input checked="" type="checkbox"/> 住環境/医療・介護機器 在宅自己注射指導管理等 |
| 病院・施設・訪問リハビリ上の課題点 | <input checked="" type="checkbox"/> 本人指導 <input type="checkbox"/> 家族指導 <input checked="" type="checkbox"/> 関節可動域練習(ストレッチ含む) <input type="checkbox"/> 筋力増強運動 <input type="checkbox"/> 疼痛管理 <input type="checkbox"/> 麻痺・筋緊張改善練習 <input checked="" 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"/> 高次脳訓練 <input checked="" type="checkbox"/> ADL練習(入浴/トイレ動作/移乗移動等) <input type="checkbox"/> IADL練習(買い物、調理等) <input type="checkbox"/> 外出訓練 <input type="checkbox"/> 運動耐用能練習 <input type="checkbox"/> 更生装具・福祉用具等管理 <input type="checkbox"/> 住環境 <input type="checkbox"/> 家屋改修 <input type="checkbox"/> リハビリの意欲目標 <input type="checkbox"/> 社会参加支援 <input type="checkbox"/> 就労支援 <input type="checkbox"/> 趣味活動 <input checked="" type="checkbox"/> リハビリ連携(H訪問リハ・Kデイ事業所等) <input type="checkbox"/> 他 |
| 病院・施設・訪問栄養管理の課題点 | <input type="checkbox"/> 本人指導 <input type="checkbox"/> 家族指導 <input checked="" type="checkbox"/> 栄養状態 <input checked="" type="checkbox"/> 食事療法(糖尿病・心不全) <input checked="" type="checkbox"/> 嗜好・偏食・食べたい物 甘味好き <input type="checkbox"/> 認知力、精神面 <input type="checkbox"/> 嚥下機能 <input type="checkbox"/> 食形態 <input type="checkbox"/> 調理指導 <input checked="" type="checkbox"/> 食品選択、買い物方法 <input checked="" type="checkbox"/> 通販、配食サービス <input type="checkbox"/> 栄養補給・補助食品 <input type="checkbox"/> 終末期の栄養水分摂取 <input type="checkbox"/> 食事療法アドヒアランス <input checked="" type="checkbox"/> 栄養士連携(H訪問看護リハ・配食サービス・Kデイ・M訪問介護 施設・病院) <input type="checkbox"/> 他() |
| 病院・薬局薬剤管理の課題点 | <input type="checkbox"/> 本人指導 <input type="checkbox"/> 家族指導 <input checked="" type="checkbox"/> 処方薬の薬効評価 <input type="checkbox"/> 副作用、アレルギー <input type="checkbox"/> 薬品保管方法 <input checked="" type="checkbox"/> 薬剤形状形態(嚥下機能) <input checked="" type="checkbox"/> ポリファーマシー <input type="checkbox"/> 服薬アドヒアランス <input type="checkbox"/> 他() <input type="checkbox"/> 相互作用(併診処方薬、OTC薬、健康食品等) <input checked="" type="checkbox"/> 調剤薬局連携(ふじみ野市 ちきゅう調剤薬局 P店) |
| MSWの課題点 | <input type="checkbox"/> 各種医療費助成制度活用 <input type="checkbox"/> 各種制度申請支援 <input type="checkbox"/> 地域移行・定着支援 <input type="checkbox"/> 生活面・悩み相談 <input checked="" type="checkbox"/> 家族等関係性調整(虐待などを含む) <input type="checkbox"/> 社会復帰・就労・復学支援 <input type="checkbox"/> 一時入院、受診窓口相談 <input type="checkbox"/> 外出・外泊支援 <input type="checkbox"/> 逝去時連絡先 <input type="checkbox"/> その他(患者会・事前意思表示・ACP・がん相談・献体等) |

◎包括・ケアマネジャー情報

| | |
|----------------------|---|
| 入院歴 | 最近半年間での入院 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(期間 年 月 日～ 年 月 日(理由:)) |
| 入院頻度 | <input type="checkbox"/> 頻度は高い/繰り返し <input type="checkbox"/> 頻度は低いがこれまでもあり <input type="checkbox"/> 今回が初めて |
| 入院前の利用サービス | * 同封の書類をご確認下さい <input type="checkbox"/> 居宅サービス計画書1.2.3 <input type="checkbox"/> 他() |
| カンファレンスの希望 | <input type="checkbox"/> IC同席 <input type="checkbox"/> 介護連携CF <input type="checkbox"/> 多職種CF <input type="checkbox"/> 退院前共同CF <input type="checkbox"/> 退院前訪問指導同行 |
| ケアマネジメント上の課題点 | 入院前の生活課題: 自己ケア能力・人間関係・介護力・住環境・経済面・心身変化・入院原因・ケアプラン評価等 |
| お互いの確認事項 | <input type="checkbox"/> 予想される入院期間・退院時期・生活における病状注意点 <input type="checkbox"/> 生活や暮らし方が変化することへの受け止め <input type="checkbox"/> ICの内容 <input checked="" type="checkbox"/> ACP <input type="checkbox"/> 大切にしている事 <input checked="" type="checkbox"/> 新たな医療処置 <input checked="" type="checkbox"/> 排泄・食事・清潔ケア・移乗・移動などサービス支援への留意点 <input type="checkbox"/> 退院後の新規医療管理先や変更(病院・かかりつけ医・訪問診療・訪問看護・リハビリ、薬剤師、通所先) <input checked="" type="checkbox"/> 服薬状況 <input type="checkbox"/> ADL・IADL低下の予想 <input type="checkbox"/> 区分変更の必要性 <input checked="" type="checkbox"/> 入所や転院の可能性 <input checked="" type="checkbox"/> 急変の可能性と対応方法 <input checked="" type="checkbox"/> 併診医、関係事業所との連携 <input type="checkbox"/> 配慮してほしいこと |
| 退院時必要書類等 | <input type="checkbox"/> 退院予定の連絡 *退院の検討を始めた段階で、ご連絡ください <input type="checkbox"/> サ カンファレンス開催の日時は、直接、確実に伝えましょう! <input type="checkbox"/> 診療情報提供書(医・歯・リ・薬・栄) <input type="checkbox"/> 軽度者福祉用具貸与理由書 <input type="checkbox"/> 入浴可否判断書 |
| 必要な連絡先 在宅生活に必要な要件 | <input type="checkbox"/> 成年後見人(氏名: 連絡先: Tel:) 電話でもお伝えしましたが、○月○日14:00～14:30当院の8階会議室で退院前カンファレンス開催予定です。ご参加頂きますよう、お願い致します。関係者の方にご連絡下さい。 |

* CF:カンファレンス、IC:インフォームドコンセントの略とする