

【参考】退院調整情報共有シート(案)

担当ケアマネ()

氏名			生年月日	明・大・昭 年 月 日		年齢	歳	性別	男・女
面談日時	平成 年 月 日() 午前・午後 時 分～ 時 分				場所				
医療機関名及び連絡窓口(所属)	()			電話			面談者(職種)		
入院の原因となった病名・状態像					合併症				
入院期間	入院日:	年 月 日	退院(予定)日:	年 月 日	要介護度	未申請 区分変更中 新規申請中 非該当 要支援1・2 要介護1・2・3・4・5 認定日: 年 月 日 有効期間: 年 月 日～ 年 月 日			
特定疾患医療受給者証	<input type="checkbox"/> 有(疾患名:) <input type="checkbox"/> 無		障害者手帳	<input type="checkbox"/> 身体 <input type="checkbox"/> 知的 <input type="checkbox"/> 精神 (程度:)		生活保護の受給	<input type="checkbox"/> 有(担当CW名:) <input type="checkbox"/> 無		
病院主治医				在宅主治医					
病院からの患者・家族への病状の説明内容と患者・家族の受け止め方、患者・家族の今後の希望									
ADL	自立	見守り	一部介助	全介助	病棟での様子				
移動方法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 杖使用 <input type="checkbox"/> 歩行器使用 <input type="checkbox"/> 装具・補助具使用				
移乗方法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
口腔清潔	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
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"/> Kcal <input type="checkbox"/> 糖尿病食 <input type="checkbox"/> 高血圧食 <input type="checkbox"/> 腎臓病食 <input type="checkbox"/> その他) <input type="checkbox"/> 経管栄養				
					主食: <input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> ミキサー (摂取量 割)				
					副食: <input type="checkbox"/> 通常 <input type="checkbox"/> 一口大 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> 極小刻み <input type="checkbox"/> ミキサー(口とろみ付) <input type="checkbox"/> ソフト食 (摂取量 割)				
					水分摂取量:1日 ml とろみ剤使用 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし				
					アレルギー: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有() 食への意欲: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有				
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"/>	入浴の制限: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(<input type="checkbox"/> 浴槽 <input type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> 清拭 <input type="checkbox"/> その他()				
排 泄	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	場所: <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> オムツ				
服薬管理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	薬の種類() 薬の変更: <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"/> 危険行為 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 意思疎通困難 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 認知(程度:) 同居家族の認知症の有無: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(程度:) キーパーソン: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(連絡先:) <input type="checkbox"/> その他() 予後予測()								
医療処置	<input type="checkbox"/> 膀胱留置カテーテル <input type="checkbox"/> ストマ(人工肛門・人工膀胱) <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> じょくそう <input type="checkbox"/> その他() 処理の頻度() 家族での対応: <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可								
家族の介護力	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(留意点等)								
家族への介護指導	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有:理解の状況… <input type="checkbox"/> 十分 <input type="checkbox"/> 不十分(問題点:)								
感染症	<input type="checkbox"/> HBV <input type="checkbox"/> HCV MRSA:保菌 <input type="checkbox"/> 発症(部位: <input type="checkbox"/> 痰 <input type="checkbox"/> 血液 <input type="checkbox"/> 尿 <input type="checkbox"/> 創部) <input type="checkbox"/> その他								
病気に対する危険予測									
緊急時の対応	処置の方法: 連絡先: 搬送先:								
かかりつけ医の変更	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(病院名: 医師名:)								
◆リハビリ目標及び内容、頻度、運動制限(リハビリから確認):									
◆看護を行っていて気になったこと(入院中のエピソード、家族と当事者間の言動等)									
◆本人、家族の退院に対する意向(患者と家族との意向の乖離)									
◆連絡事項・その他									

※退院調整時に、ケアマネジャーが必要としている情報をシートにしているものです。病院内やケアマネジャーと情報を共有する際にご活用ください。