

記入の仕方(入力用)

様

退院時情報提供書【西諸地域共通】

※この情報提供については、ご本人またはご家族の同意をいただいています

記入年月日 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日

医療機関名		記入者名		○○ ○○	
		FAX番号		0984-○○-○○○○	
昭和 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日		年齢 ○○ 歳		性別 男	
○○ cm	体重 ○○ kg	測定日	年 月 日	<input type="checkbox"/> 測定不可	
介護保険	<input type="checkbox"/> 要支援 (1・2 有効期間 年 月 日～ 年 月 日) <input checked="" type="checkbox"/> 要介護 (3 有効期間 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日～ ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日)				
障害等認定	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 身障 (級) <input checked="" type="checkbox"/> 療育 (B-1) <input checked="" type="checkbox"/> 精神 (3 級) <input checked="" type="checkbox"/> 特定疾患 (病名: パーキンソン病)				
連絡先 (※キーパーソンに◎) キーパーソン (ふりがな) 氏名 性別 同居/別居 電話番号					
1	◎ みやさき いちろう 宮崎 一郎	長男	同居	090-○○○○-○○○○	
2	みやさき よしこ 宮崎 良子	長男嫁	同居	080-○○○○-○○○○	
3	みやさき たろう 宮崎 太郎	次男	宮崎市橋通○○○-○○	0985-○○-○○○○	
診断名	○○○○		既往歴	パーキンソン病、肺炎	
入院期間	○○年○○月○○日～○○年○○月○○日(予定)		診療科・主治医名	○○○科・○○ ○○	
入院中の経過 (リハビリも含む)					
今後の治療方針等 (受診計画)					
本人・家族への病状の説明内容 (受け取りの程度、今後の希望など ※告知していない場合は、誰にしているのか記入すること)					
服薬	(有) (内容:)				
医療処置	(無) { <input type="checkbox"/> バルンカテテル <input type="checkbox"/> ストマ <input type="checkbox"/> インスリン <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> その他() }				
療養上の問題	(有) (内容:) 認知症: (有) うつ傾向: (無) 聴覚障害: (有) → 補聴器: (有) 視覚障害: (無) 透析: (無) 医療機関名 () 透析曜日 () シャント部位 ()				
退院後受診医療機関	(本院) () 次回受診予定 (○○ 年 ○○ 月 ○○ 日)				
ADL等	自立	見守り	一部介助	全介助	病棟での様子 (該当するものを選択、特記事項は余白に記入)
移動	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 車いす <input checked="" type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 装具 補助具
移乗	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	寝返り: () 可
更衣	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
入浴	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	制限: (無)
排泄	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	場所: <input checked="" type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> その他 () 失禁: <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> その他 ()
食事	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 治療食 (Kcal) { <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> その他 () } 形態: <input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> キザミ <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> パースト <input type="checkbox"/> その他 () 摂取方法: <input checked="" type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経鼻経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 腸ろう <input type="checkbox"/> その他 ()
口腔清潔	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	義歯: <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 全義歯 <input type="checkbox"/> 部分 (部位:)
服薬管理	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
夜間の状態	(良眠) (具体的に:)				睡眠剤服用: (無)
生活上・療養上の注意					
転倒の恐れ、カテーテルについてや感染症の有無など、生活・療養する上でケアマネに伝えておくべき事項があれば記入する。					

記入の仕方(手書き用)

様

退院時情報提供書【西諸地域共通】

※この情報提供については、ご本人またはご家族の同意をいただいています

記入年月日 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日

医療機関名		記入者名		○○ ○○	
		FAX番号		0984-○○-○○○○	
昭和 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日		年齢 ○○ 歳		性別 <input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	
○○ cm		体重 ○○ kg		測定日 <input type="checkbox"/> 測定不可	
介護保険		<input type="checkbox"/> 要支援 (1・2 有効期間 年 月 日～ 年 月 日)		<input checked="" type="checkbox"/> 要介護 (1・2 <input checked="" type="radio"/> 3・4・5 有効期間 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日～ ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日)	
障害等認定		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 身障 (級) <input checked="" type="checkbox"/> 療育 (A <input checked="" type="radio"/> B-1 B-2) <input checked="" type="checkbox"/> 精神 (3 級)		<input checked="" type="checkbox"/> 特定疾患 (病名)	
連絡先 (※キーパーソンに◎)					
キーパーソン	(ふりがな) 氏名	性別	同居	電話番号	
1	◎ みやさき いちろう 宮崎 一郎	長男	同居	090-○○○○-○○○○	
2	みやさき よしこ 宮崎 良子	長男嫁	同居	080-○○○○-○○○○	
3	みやさき たろう 宮崎 太郎	次男	宮崎市橋通○○○-○○	0985-○○-○○○○	
診断名		○○○○		既往歴	
入院期間		○○年○○月○○日～○○年○○月○○日(予定)		診療科・主治医名	
入院中の経過 (リハビリも含む)		入院中の様子、治療方法、リハビリの内容などを記入する。			
今後の治療方針等 (受診計画、リハビリ)		今後の受診計画、リハビリ継続の必要性、訪問看護等の医療系サービスへの指示内容を記入する。			
本人・家族への病状の説明内容、受診計画 (理解の程度) 今後の希望など ※告知していない場合は誰にしているのか記入すること		本人・家族の病気に対する思いなどがあれば記入する。告知をしていない場合は誰にしているのか必ず記入すること。			
服薬 (無 <input checked="" type="radio"/> 有) (内容:)					
医療処置 (無 <input checked="" type="radio"/> 有) { <input type="checkbox"/> バルンカテーテル <input type="checkbox"/> ストマ <input type="checkbox"/> インスリン <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> その他() }					
療養上の問題 (無 <input checked="" type="radio"/> 有) (内容:)					
認知症: (無 <input checked="" type="radio"/> 有) うつ傾向: (無 <input checked="" type="radio"/> 有) 聴覚障害: (無 <input checked="" type="radio"/> 有) → 補聴器: (無 <input checked="" type="radio"/> 有) 視覚障害: (無 <input checked="" type="radio"/> 有)					
透析: (無 <input checked="" type="radio"/> 有) 医療機関名 () 透析曜日 () シャント部位 ()					
退院後受診医療機関 (本院 <input checked="" type="radio"/> その他) ()		次回受診予定 (○○ 年 ○○ 月 ○○ 日)			
ADL等	自立	見守り	一部介助	全介助	病棟での様子 (該当するものを選択、特記事項は余白に記入)
移動	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 車いす <input checked="" type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 器具 補助具
移乗	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	寝返り: (可・不)
更衣	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
入浴	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	制限: (無 <input checked="" type="radio"/> 有)
排泄	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	場所: <input checked="" type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> 洗面所 <input type="checkbox"/> 浴室 <input type="checkbox"/> 他 () 失禁: <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 尿漏れ <input type="checkbox"/> 便漏れ
食事	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 治療食 (Kcal) { <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> その他 () } 形態: <input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> キザミ <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> ペースト <input type="checkbox"/> その他 () 摂取方法: <input checked="" type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経鼻経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 腸ろう <input type="checkbox"/> その他 ()
口腔清潔	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	義歯: <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 全義歯 <input type="checkbox"/> 部分 (部位:)
服薬管理	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
夜間の状態	(良眠 <input checked="" type="radio"/> 問題あり) (具体的に:)			睡眠剤服用: (無 <input checked="" type="radio"/> 有)	
生活上・療養上の注		転倒の恐れ、カテーテルについてや感染症の有無など、生活・療養する上でケアマネに伝えておくべき事項があれば記入する。			