

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		00 00	
		FAX番号		0984-00-0000	
昭和 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日		年齢		性別	
○○ 年 ○○ 月 ○○ 日		○○ 歳		男	
○○ cm		体重		測定日	
○○ kg		○○		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	電話番号	
1	◎ みやさき いちろう 宮崎 一郎	長男	同居	090-0000-0000	
2	みやさき よしこ 宮崎 良子	長男嫁	同居	080-0000-0000	
3	みやさき たろう 宮崎 太郎	次男	宮崎市橋通000-00	0985-00-0000	
診断名		0000		既往歴	
				パーキンソン病、肺炎	
入院期間		00年00月00日～00年00月00日(予定)		診療科・主治医名	
				000科・00 00	
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)					
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 (受け取り方(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		(有) (内容: )			
医療処置		(無) { <input type="checkbox"/> バルカンカテーテル <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		(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 ( 00 年 00 月 00 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 checked="" 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。					

