

様

### 退院時情報提供書【西諸地域共通】(2-1)

※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	
電話番号		FAX番号	

(ふりがな) 患者氏名		生年月日	明・大・昭 年 月 日	年齢 歳	性別	男・女
住所	〒					
身長・体重	身長	cm	体重	kg	測定日	年 月 日 <input type="checkbox"/> 測定不可
介護保険	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 事業対象者 <input type="checkbox"/> 要支援 ( 1・2 有効期間 年 月 日～ 年 月 日 ) <input type="checkbox"/> 要介護 ( 1・2・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 type="checkbox"/> 療育 ( A・B-1・B-2 ) <input type="checkbox"/> 精神 ( 級 ) <input 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	続柄	住所 (別居の場合)	電話番号
1			〒	
2			〒	
3			〒	

診断名		既往歴	
入院期間			
診療科・主治医名			

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、訪問看護・リハビリへの指示内容など)

本人・家族への病状の説明内容、受け止め方 (理解の程度)、今後の希望など ※告知をしていない場合は、誰にしていないのが記入すること

### 退院時情報提供書【西諸地域共通】(2-2)

患者氏名	
------	--

服薬	(無・有) (内容: )
医療処置	(無・有) { <input type="checkbox"/> パルカテール <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・有) (内容: )
	認知症: (無・有)    うつ傾向: (無・有)    聴覚障害: (無・有) → 補聴器 (無・有)    視覚障害: (無・有)
	透析: (無・有)    医療機関名( )    透析曜日( )
	シャント部位( )    特記事項( )
退院後受診医療機関	(本院・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 type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 装具、補助具 <input type="checkbox"/> 手引き
移乗	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	寝返り:( 可・不可 )            起き上がり:( 可・不可 )
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"/>	制限: (無・有) { <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 ( 常時・夜間のみ ) 失禁: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 尿失禁 <input type="checkbox"/> 便失禁
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(            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 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 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 type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	義歯: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 全義歯 <input type="checkbox"/> 部分 (部位:            )
服薬管理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
夜間の状態	(良眠・問題あり) (具体的に:            )    睡眠剤服用: ( 無・有 )				

生活上・療養上の注意点 (転倒、カテーテルなど) :