

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

※分かる範囲で記入する。書き切れない場合は別紙添付してもよい。 ※ケアマネが既知している情報（入院前と変わっていない情報）は記入不要。ただし、ADL等は入院時と変化している場合があるため記入する。		記入者名 ○○ ○○	
		FAX番号 0984-○○-○○○○	
昭和 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日		年齢 ○○ 歳	性別 男
身長 ○○ cm	体重 ○○ kg	測定日 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日	☐ 測定不可
介護保険	☐ なし ☐ 申請中 ☐ 事業対象者 ☐ 要支援 (1・2 有効期間 年 月 日 ~ 年 月 日) ☒ 要介護 (3 有効期間 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日 ~ ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日)		
障害等認定	☐ なし ☐ 身障 (級) ☒ 療育 (B-1) ☒ 精神 (3 級) ☒ 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	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)			
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、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らないのか必ず記入すること。			
服 薬	(有) (内容:)		
医療処置	(無) { ☐ バルンカテーテル ☐ ストマ ☐ インスリン ☐ 喀痰吸引 ☐ 胃ろう ☐ 褥瘡 ☐ 気管切開 ☐ 在宅酸素 ☐ 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・有) 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・その他) () 次回受診予定 (年 月 日)		
ADL等	自立	見守り	一部介助
移動	☐	☒	☐
移乗	☐	☒	☐
更衣	☐	☐	☐
入浴	☐	☐	☒
排泄	☐	☐	☐
食事	☒	☐	☐
口腔清潔	☒	☐	☐
服薬管理	☐	☒	☐
夜間の状態	(良眠) (具体的に:) 睡眠剤服用: (無)		
生活上・療養上の注意点 (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。			