

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 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 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。 ※ケアマネが既に知っている情報（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 〇〇 〇〇	
		FAX番号 0984-〇〇-〇〇〇〇	
明・大(昭) 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日		年齢 〇〇 歳	性別 (男) 女
〇〇 cm	体重 〇〇 kg	測定日 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 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 (1・2 ③ 4・5 有効期間 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 ~ 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日)		
障害等認定	☐ なし ☒ 身障 (級) ☒ 療育 (A(B-1) B-2) ☒ 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	090-〇〇〇〇-〇〇〇〇
2	みやさき よしこ 宮崎 良子	長男嫁 同居	080-〇〇〇〇-〇〇〇〇
3	みやさき たろう 宮崎 太郎	次男 宮崎市橋通〇〇〇-〇〇	0985-〇〇-〇〇〇〇
診断名	〇〇〇〇	既往歴	パーキンソン病、肺炎
入院期間	〇〇年〇〇月〇〇日~〇〇年〇〇月〇〇日 (予定)	診療科・主治医名	〇〇科・〇〇 〇〇
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、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なくても必ず記入すること。			
服 薬	(無(有) (内容:))		
医療処置	(無(有) { ☐ 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	(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 () シェット部位 ()			
退院後受診医療機関	(本院) その他 () 次回受診予定 (〇〇 年 〇〇 月 〇〇 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) 問題あり (具体的に:) 睡眠剤服用: (無(有))		
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。			