

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

<p>※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。</p>	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	<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 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 )
指定難病	病名: パーキンソン病

連絡先 (※キーパーソンに◎)		電話番号	
キーパーソン	(ふりがな) 氏名	性別	住所
1	◎ みやさき いちろう 宮崎 一郎	長男	〒 同居
2	みやさき よしこ 宮崎 良子	長男嫁	〒 同居
3	みやさき たろう 宮崎 太郎	次男	〒 宮崎市橋通○○○-○○

キーパーソンの欄に◎をチェックする。同居の場合は、住所に「同居」と記入する。

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)	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、告知	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) (有の場合 日常生活自立度: IIIb ) 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( ) シェント部位( )
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	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 <input type="checkbox"/> 手引き
移乗	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	寝返り:( 可 ) 起
更衣	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	制限: (無) { <input type="checkbox"/> シャワ
入浴	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
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 失禁: <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 尿失禁
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( ) 形態: <input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> キザミ <input type="checkbox"/> 摂取方法: <input checked="" type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経鼻経管栄養( )
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 )

- 入浴時の用具 (ストレッチャー、シャワー椅子、浴槽台など) の使用
- オムツの種類 (リハパン、尿パッドなど)
- 食事の形状、とろみ剤使用、嚥下障害、アレルギーの有無
- 歩行器の種類 (キャスターあり、なしなど)
- 服薬管理の方法 (カレンダー使用) など、特記事項は余白に記入する。

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。
-------------	---