

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 ○○年○○月○○日

記入者名		○○ ○○	
FAX番号		0984-○○-○○○○	
明・大(昭)	年齢	性別	男・女
○○年○○月○○日	○○歳		<input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女
○○cm	体重	測定日	<input type="checkbox"/> 測定不可
○○kg	○○	○○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。

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。

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 (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 checked="" type="checkbox"/> 療育(A(B-1)B-2) <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			
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、)	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、	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	(無)有() (内容:)
医療処置	(無)有() { <input type="checkbox"/> バルンカテーテル <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	(無)有() (内容:) 認知症: (無)有() (有の場合 日常生活自立度: I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M) 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() ショント部位()
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) 起床
更衣	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
入浴	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	制限: (無)有() { <input type="checkbox"/> シャワ
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)問題あり (具体的に:)			睡眠剤服用: (無)有()	

・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。
----------------	---