

様

退院時情報提供書

※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			性別	男・女	
住 所	〒		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 (1・2・3・4・5 有効期間 年 月 日～ 年 月 日)								
障害等認定	☐ なし ☐ 身障 (級) ☐ 療育 (A・B-1・B-2) ☐ 精神 (級) ☐ 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、誰にしていらないのか記入すること

服 薬	(無・有) (内容:)				
医療 処置	(無・有) { ☐ バルンカテテル ☐ 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	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	☐	☐	☐	☐	☐ 車いす ☐ 杖 ☐ 歩行器 ☐ 装具・補助具 ☐ 手引き
移乗	☐	☐	☐	☐	寝返り:(可・不可) 起き上がり:(可・不可)
更衣	☐	☐	☐	☐	
入浴	☐	☐	☐	☐	制限: (無・有) { ☐ シャワー浴 ☐ 清拭 ☐ その他 () }
排泄	☐	☐	☐	☐	場所: ☐ トイレ ☐ ポータブル ☐ 尿器 ☐ オムツ (常時・夜間のみ) 失禁: ☐ 無 ☐ 尿失禁 ☐ 便失禁
食事	☐	☐	☐	☐	☐ 普通食 ☐ 治療食(Kcal) { ☐ 糖尿病 ☐ 高血圧 ☐ 腎臓病 ☐ その他() } 形態: ☐ 普通 ☐ キザミ ☐ ミキサー ☐ パースト ☐ その他 () 摂取方法: ☐ 経口 ☐ 経鼻経管栄養 ☐ 胃ろう ☐ 腸ろう ☐ その他 ()
口腔清潔	☐	☐	☐	☐	義歯: ☐ 無 ☐ 全義歯 ☐ 部分 (部位:)
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・療養上の注意点 (転倒、カテーテルなど):