

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	○○ ○○		
	FAX番号	0984-○○-○○○○		
	昭和 ○○年○○月○○日	年齢 ○○歳	性別 男	
	○○ cm	体重 ○○ kg	測定日 ○○年○○月○○日	<input type="checkbox"/> 測定不可

【変更】障害等認定と指定難病の記載枠を分けてきました。(特定疾患→指定難病へ変更)

介護保険	○月○日～○年○月○日
障害等認定	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 身体(○級) <input type="checkbox"/> 療育(○級) <input checked="" type="checkbox"/> 精神(○級)
指定難病	病名: パーキンソン病

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。

キーパーソン	(ふりがな) 氏名	性別	同居	電話番号
1	◎ みやさき いちろう 宮崎 一郎	長男	<input checked="" type="checkbox"/> 同居	090-○○○○-○○○○
2	みやさき よしこ 宮崎 良子	長男嫁	<input checked="" type="checkbox"/> 同居	080-○○○○-○○○○
3	みやさき たろう 宮崎 太郎	次男	<input type="checkbox"/> 同居	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) **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) 透析: (無) 医療機関名() 透析曜日()
退院後受診医療機関	(本院・その他) () 次回受診予定(年 月 日)

【追加】日常生活自立度の記載を追加しました。(入力の場合はランクをプルダウンより選択できます。)

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

【追加】赤色で記載の部分を追加しましたので必要時に余白に記入をお願いします。

- ・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。

食事	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	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)		

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。**