

# 退院調整情報共有書

★ケアマネジャーが面談やカンファレンスで収集した情報をまとめるシートです

ふりがな		性別	生年月日
氏名		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	明・大・昭 年 月 日( 歳)
住所		入院期間(予定)	
	TEL	年 月 日 ~ 年 月 日(予定)	
要介護度	<input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 区分変更中 <input type="checkbox"/> 新規申請中 <input type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/> 総合事業対象者 要支援( <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 ) 要介護( <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 ) 認定日: 年 月 日 有効期間: 年 月 日 ~ 年 月 日		
かかりつけ医	<input type="checkbox"/> 外来通院 医療機関・主治医名 連絡先	<input type="checkbox"/> 訪問診療 医療機関・主治医名 連絡先	
	主病名 副病名 主症状 合併症	手術	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (手術名: )
疾病の状態	既往歴		
	服薬状況	服薬内容(変更がある場合の観察ポイントと内容)・退院時処方(薬剤名・薬剤の剤形・投与経路等)	
	今後の見通し	今後の病状、治療の見通し(進行する疾患であれば期間の予測等)、次回受診予定、通院頻度等 往診 ( <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 )	
	疾患についての説明内容	病院から患者・家族への説明内容/患者・家族の理解・受け止め方/患者・家族の希望	
特別な医療	<input type="checkbox"/> 酸素 <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> カテーテル( <input type="checkbox"/> 膀胱留置 <input type="checkbox"/> 導尿 ) <備考> <input type="checkbox"/> ストマ <input type="checkbox"/> 便 <input type="checkbox"/> 尿 <input type="checkbox"/> 褥瘡(部位: ) <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> インスリン注射 <input type="checkbox"/> 疼痛管理(麻薬使用 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ) <input type="checkbox"/> その他		
退院指導の状況	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	* 有の場合	<内容>(誰に指導したか)  理解度 <input type="checkbox"/> 本人: <input type="checkbox"/> 十分 <input type="checkbox"/> 不十分 (問題点: ) <input type="checkbox"/> 家族: <input type="checkbox"/> 十分 <input type="checkbox"/> 不十分 (問題点: )

	自立	見守り	一部介助	全介助	病棟での様子/在宅での留意点	
食事					嚥下状態(良・不良) 咀嚼状況(良・不良) 普通・軟菜・刻み・ペースト・経管栄養 箸・スプーン・自助具・ 制限(無・有) 制限内容(塩分・水分(ト・ロ有<弱・中・強>・無)・その他( ))	
口腔清潔					義歯(無・有)(上・下・全部)	
移動					手引き 杖 歩行器 シルバーカー 車いす ストレッチャー 装具・補装具 その他( )	
移乗						
起居					起き上がり(可・不可) 座位保持(可・不可) 立ち上がり(可・不可) 立位保持(可・不可) 寝返り(可・不可)	
入浴(洗身)					洗身(不可・行っていない) 入浴制限(無・有)(シャワー・清拭・その他( )) 入浴時の留意点:	
更衣						
排泄					トイレ ホータブルトイレ 尿器 膀胱留置カテーテル オムツ(常時・夜間のみ) リハビリパンツ(常時・夜間のみ) 失禁(無・有) 下剤使用(無・有) 浣腸(無・有)	
服薬管理					1回配薬・1日配薬	睡眠 良眠・時に不眠・不眠( 時間) 睡眠剤使用(無・有)
認知・精神面	認知症高齢者の日常生活自立度 (自立・Ⅰ・Ⅱa・Ⅱb・Ⅲa・Ⅲb・Ⅳ・Ⅴ)				認知症の原因疾患:	
	精神状態(疾患) 無・有				徘徊 介護への抵抗 焦燥・不穏 攻撃性 意思疎通困難 幻視・幻聴 昼夜逆転 大声を出す 妄想 暴力	
リハビリ等	リハビリテーション(無・有) 頻度: 回/週 / 運動制限(無・有) / リハビリ・運動制限の内容: 麻痺: なし・右上肢・左上肢・右下肢・左下肢・その他 拘縮: なし・肩関節・肘関節・股関節・膝関節・その他					
療養上注意する事項等	入浴時の入浴可能血圧					
情報提供機関名					TEL	
面談日時	年 月 日 / 午前・午後 時 分 ~ 時 分				面談者(所属・氏名)	
	年 月 日 / 午前・午後 時 分 ~ 時 分					

【注】退院・退所加算の算定には、国の通知等に拠る算定条件を満たす必要があります。

(R1. 12月作成)