

退院時連絡表 兼 退院・退所情報記録書

年 月 日

1. 基本情報・現在の状態 等

記入者

属性	フリガナ		性別	生年月日	年齢	キーパーソン	氏名		続柄	
	氏名	様	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年 月 日	歳					
	住所		TEL				連絡先			
概入院要院	主治医名	病院	原因	疾患	入院日		年 月 日			
		科	医師		退院予定日		年 月 日			
① 疾患と入院(所)中の状況	今後の医療機関				受診方法	<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 訪問診療 <input type="checkbox"/> その他( )				
	次回受診日	科	年 月 日	科	年 月 日	科	年 月 日			
	入院中の経過	(投薬: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 別紙参照)								
	疾患名(既往歴)	本人への病名告知 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		家族への病名告知 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり						
	障害高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> J1	<input type="checkbox"/> J2	<input type="checkbox"/> A1	<input type="checkbox"/> A2	<input type="checkbox"/> B1	<input type="checkbox"/> B2	<input type="checkbox"/> C1	<input type="checkbox"/> C2
	認知症高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> IIa	<input type="checkbox"/> IIb	<input type="checkbox"/> IIIa	<input type="checkbox"/> IIIb	<input type="checkbox"/> IV	<input type="checkbox"/> M	
	移手段・介助	<input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他	特記事項							
	排泄方法・介助	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助								
	入浴方法・介助	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ホータブル <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> その他								
	食事形態・介助	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助								
嚥下(むせ)	<input type="checkbox"/> 清拭 <input type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> 一般浴 <input type="checkbox"/> 機械浴 <input type="checkbox"/> 行わず									
口腔ケア	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助									
義歯	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> キザミ <input type="checkbox"/> キサー <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> その他									
補聴器	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助									
服薬介助	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> 常に )									
認知・精神	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり									
意思疎通	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり									
睡眠	<input type="checkbox"/> 良眠 <input type="checkbox"/> 不眠									

2. 課題認識のための情報

② 退院後に必要な事柄	医療処置の内容	<input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 酸素療法	特記事項	※最終交換日など(年 月 日)
	看護の視点	<input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> ストーマ <input type="checkbox"/> カテーテル		
	リハビリの視点	<input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 疼痛管理 <input type="checkbox"/> その他		
療養上の留意する事項	看顧の視点	<input type="checkbox"/> 血圧 <input type="checkbox"/> 血糖管理 <input type="checkbox"/> 服薬指導 <input type="checkbox"/> 水分・食事制限		
	リハビリの視点	<input type="checkbox"/> 口腔ケア <input type="checkbox"/> 食形態・嚥下 <input type="checkbox"/> 排泄 <input type="checkbox"/> 認知・精神		
療養上の留意する事項	看顧の視点	<input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> ターミナル <input type="checkbox"/> その他		
	リハビリの視点	<input type="checkbox"/> ADL練習 <input type="checkbox"/> IADL練習 <input type="checkbox"/> 関節可動域練習		
療養上の留意する事項	リハビリの視点	<input type="checkbox"/> 筋力増強練習 <input type="checkbox"/> バランス練習 <input type="checkbox"/> 言語訓練		
	リハビリの視点	<input type="checkbox"/> 摂食・嚥下訓練 <input type="checkbox"/> その他		
療養上の留意する事項	禁忌事項 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	感染症 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	アレルギー <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	

③ 受け止め方	<本人・家族> 病気、障害、後遺症等の受け止め方
---------	--------------------------

	聞き取り日	情報提供を受けた職種(氏名)	会議出席
1回目	年 月 日		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
2回目	年 月 日		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
3回目	年 月 日		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有