

## 退院時支援情報共有シート

記入日： 年 月 日

医療機関名	
担当部署・担当者名	
電話番号	

➔

事業所名	
担当者名	
電話番号	

### 1. 基本情報・現在の状態 等

属性	フリガナ 氏名	性別 様	年齢 歳	退院(所)時の要介護度 (□ 要区分変更)	
		男・女		□要支援 ( ) ・要介護( ) □申請中 □なし	
入院(所)概要	入院(所)日： 年 月 日 ・退院(所)予定日： 年 月 日				
	入院原因疾患(入所目的等)				
	入院医療機関 医療機関名： 棟 室 主治医名：		今後の医学管理 医療機関名： 主治医名： 方法 □通院 □訪問診療		
① 疾患と入院(所)中の状況	現在治療中の疾患	① ② ③	疾患の状況	*番号記入	安定( ) 不安定( )
	移動手段	□自立 □杖 □歩行器 □車いす □その他( )			
	排泄方法	□トイレ □ポータブル □おむつ カテーテル・パウチ( )			
	入浴方法	□自立 □シャワー浴 □一般浴 □機械浴 □行わず			
	食事形態	□普通 □経管栄養 □その他( )			UDF等の食事形態区分
	嚥下機能(むせ)	□なし □あり(時々・常に)		義歯	□なし □あり(部分・総)
	口腔清潔	□良 □不良 □著しく不良		入院(所)中の使用： □なし □あり	
	口腔ケア	□自立 □一部介助 □全介助			
	睡眠	□良好 □不良( )			眠剤使用 □なし □あり
	認知・精神	□認知機能低下 □せん妄 □徘徊 □焦燥・不穏 □攻撃性 □その他( )			
② 受け止め/意向	<本人> 病気、障害、後遺症等の受け止め方	病名告知： □なし □あり			
	<本人> 退院後の生活に関する意向				
	<家族> 病気、障害、後遺症等の受け止め方	病名告知： □なし □あり (有の場合、告知者にチェック □配偶者 □子 □その他( ))			
	<家族> 退院後の生活に関する意向				

### 2. 課題認識のための情報

③ 退院後に必要な事柄	医療処置の内容	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 経鼻栄養 <input type="checkbox"/> 経腸栄養 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 尿道カテーテル <input type="checkbox"/> 尿路ストーマ <input type="checkbox"/> 消化管ストーマ <input type="checkbox"/> 痛みコントロール <input type="checkbox"/> 排便コントロール <input type="checkbox"/> 自己注射( ) □その他( )			
	看護の視点	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 血圧 <input type="checkbox"/> 水分制限 <input type="checkbox"/> 食事制限 <input type="checkbox"/> 食形態 <input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 口腔ケア <input type="checkbox"/> 清潔ケア <input type="checkbox"/> 血糖コントロール <input type="checkbox"/> 排泄 <input type="checkbox"/> 皮膚状態 <input type="checkbox"/> 睡眠 <input type="checkbox"/> 認知機能・精神面 <input type="checkbox"/> 服薬指導 <input type="checkbox"/> 療養上の指導(食事・水分・睡眠・清潔ケア・排泄 などにおける指導) <input type="checkbox"/> ターミナル <input type="checkbox"/> その他( )			
	リハビリの視点	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 本人指導 <input type="checkbox"/> 家族指導 <input type="checkbox"/> 関節可動域練習(ストレッチ含む) <input type="checkbox"/> 筋力増強練習 <input type="checkbox"/> バランス練習 <input type="checkbox"/> 麻痺・筋緊張改善練習 <input type="checkbox"/> 起居・立位等基本動作練習 <input type="checkbox"/> 摂食・嚥下訓練 <input type="checkbox"/> 言語訓練 <input type="checkbox"/> ADL練習(歩行・入浴・トイレ動作・移乗等) <input type="checkbox"/> IADL練習(買い物・調理等) <input type="checkbox"/> 疼痛管理(痛みコントロール) <input type="checkbox"/> 更生装具・福祉用具等管理 <input type="checkbox"/> 運動耐容能練習 <input type="checkbox"/> 地域活動支援 <input type="checkbox"/> 社会参加支援 <input type="checkbox"/> 就労支援 <input type="checkbox"/> その他( )			
	禁忌事項	(禁忌の有無)	(禁忌の内容/留意点)		
症状・病状の予後・予測					
退院に際しての日常生活の阻害要因(心身状況・環境等)		例) 医療機関からの見立て・意見(今後の見通し、急変の可能性や今後、どんなことが起こりうるか(合併症)、良くなっていく又はゆっくり落ちていく方向なのか、等)について、①疾患と入院中の状況、②本人・家族の受け止めや意向、③退院後に必要な事柄、④その他の観点から必要と思われる事項について記載する。			
在宅復帰のために整えなければならない要件					

#### ○ケアマネジャー記入欄

回目	聞き取り日	情報提供を受けた職種(氏名)	会議出席
1	年 月 日		無・有
2	年 月 日		無・有
3	年 月 日		無・有

※ 課題分析にあたっては、必要に応じて課題整理総括表の活用も考えられる。

## 退院時支援情報共有シート(追加シート)

※は入院後にケアマネジャーが決まった場合や入院中にキーパーソンの変更があった場合等、必要に応じ記入してください。

家族構成図※	主…主介護者 ☆…キーパーソン ○…女性 □…男性	
食事	A D L	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	食事制限	<input type="checkbox"/> あり (                      ) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明
	主食	<input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> ミキサー    摂取量 (                      割)
	副食	<input type="checkbox"/> 通常 <input type="checkbox"/> 一口大 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> 極小刻み <input type="checkbox"/> ミキサー ( <input type="checkbox"/> とろみ付)
	水分摂取量	1日                      m l                      とろみ剤使用 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> なし
服薬状況	薬の種類 (                      )    薬の変更： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (                      )	
感染症	<input type="checkbox"/> HBV <input type="checkbox"/> HCV	
	<input type="checkbox"/> MRSA	<input type="checkbox"/> 保菌 <input type="checkbox"/> 発症 (部位： <input type="checkbox"/> 痰 <input type="checkbox"/> 血液 <input type="checkbox"/> 尿 <input type="checkbox"/> 創部)
	<input type="checkbox"/> その他	感染症名 (                      ) <input type="checkbox"/> 保菌 <input type="checkbox"/> 発症 (部位： <input type="checkbox"/> 痰 <input type="checkbox"/> 血液 <input type="checkbox"/> 尿 <input type="checkbox"/> 創部)
		感染症名 (                      ) <input type="checkbox"/> 保菌 <input type="checkbox"/> 発症 (部位： <input type="checkbox"/> 痰 <input type="checkbox"/> 血液 <input type="checkbox"/> 尿 <input type="checkbox"/> 創部)
家族の介護力※	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (留意点等                      )	
家族への介護指導※	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 : 理解の状況… <input type="checkbox"/> 十分 <input type="checkbox"/> 不十分 (問題点：                      )	
キーパーソン※	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (連絡先                      ) 入院中にキーパーソンの変更 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (                      )	
緊急時の対応※	処置の方法：	
	連絡先：	搬送先：
<p>その他に追加する情報があればご記入ください。 シートが足りない場合も、こちらにご記入ください。</p>		