

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) 氏名		生年月日	明・大・昭 年 月 日	性別	男・女
住所	〒				
介護保険	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 事業対象者 <input type="checkbox"/> 要支援 (1・2 有効期間 年 月 日～ 年 月 日) <input type="checkbox"/> 要介護 (1・2・3・4・5 有効期間 年 月 日～ 年 月 日)				
障害等認定	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 身障 (級) <input type="checkbox"/> 療育 (A・B-1・B-2) <input type="checkbox"/> 精神 (級) <input type="checkbox"/> 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、誰にしていないのか記入すること

服薬	無・有 (内容:)
----	------------

医療処置	無・有 { <input type="checkbox"/> パルカテテル <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	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)
--------	---

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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 車いす <input 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 type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	寝返り:(可・不可) 起き上がり:(可・不可)
更衣	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
入浴	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	制限: (無・有) { <input type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> 清拭 <input type="checkbox"/> その他 () }
排泄	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	場所: <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> オムツ (常時・夜間のみ) 失禁: (<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 尿失禁 <input type="checkbox"/> 便失禁)
食事	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 治療食(Kcal) { <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> その他() }
口腔清潔	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	義歯: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 全義歯 <input type="checkbox"/> 部分 (部位:)
服薬管理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

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):

