

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		男・女	明・大・昭 年 月 日(歳)
住所	TEL	入院期間(予定)	
		年 月 日 ~ 年 月 日(予定)	
要介護度	未申請・区分変更中・新規申請中・非該当 総合事業対象者 要支援(1・2) 要介護(1・2・3・4・5) 認定日: 年 月 日 有効期間: 年 月 日 ~ 年 月 日		
病院主治医	(科)	在宅主治医	医療機関・主治医名 連絡先
疾病の状態	主病名	手術	無・有 (手術名:)
	副病名	既往歴	
	主症状		
	合併症		
	服薬状況	服薬内容・注意点、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		
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(誰に説明したか:) 患者・家族の理解・受け止め方/患者・家族の希望		
特別な医療	酸素 吸引 気管切開 経管栄養 胃瘻 カテーテル(膀胱留置・導尿) 褥瘡 点滴 中心静脈栄養 透析 疼痛管理 その他()		
退院指導の状況	無・有	* 有の場合	<内容>(誰に指導したか) 理解度 本人: 十分 不十分(問題点:) 家族: 十分 不十分(問題点:)

→2枚目に続く

	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・トロミ・経管栄養 箸・スプーン・自助具 制限(無・有) 制限内容(塩分・水分・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) (機械浴・シャワー浴・介助浴・清拭・その他()) 入浴制限(無・有) 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 福祉用具の必要性 無・有() 住宅改修の必要性 無・有()						
療養上注意する事項等							
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。

(H30.11月作成)