

(様式2)退院時情報連絡票 【 医療機関 → 在宅 】

(提供日) 平成 年 月 日
 (退院予定日) 平成 年 月 日

| | | | | | | | | |
|----------------------------|---|---|--|---|------------------------|--|---|--|
| フリガナ 氏名 | 様 | | | 性別 男・女 | 生年月日 明・大・昭 年 月 日 | 歳 | | |
| 主な介護者 キーパーソン 緊急時 | フリガナ 氏名 | 様 | 続柄 | 同居・別居 TEL () | 家族構成 | | | |
| | フリガナ 氏名 | 様 | 続柄 | 同居・別居 TEL () | | | | |
| | フリガナ 氏名 | 様 | 続柄 | 同居・別居 TEL () | | | | |
| 本人の状態 | 要介護度 | 申請中 | 要支援(1 2) | 要介護(1 2 3 4 5) | 障がい等の認定 | なし 身障()療育() 難病()精神() | | |
| | 障がい高齢者 日常生活自立度 | 自立 | J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2 | 認知症高齢者 日常生活自立度 | | 自立 I IIa IIb IIIa IIIb IV M | | |
| | 主病名 | | | | | 今後の通院 予定 | 無 次回受診日 | |
| | 主症状 | | | | | 既往歴 | | |
| | 病状経過 | | | | | | | |
| | 視力障害 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | 聴力障害 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | | 薬剤の種 類、投与方 法等 | | |
| | 麻痺の有無 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | | | | | | |
| | 食事 | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 要介助 | | | | | | |
| | 食形態 | <input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 粥食 <input type="checkbox"/> きざみ食 <input type="checkbox"/> ところみ食 <input type="checkbox"/> 流動食 <input type="checkbox"/> その他 | | | | 療養上の 注意事項 | 栄養制限 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | |
| | 排泄 | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 要介助 | | | | | リハビリテーシ ョン | <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 要 |
| | 口腔清潔 | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 義歯 <input type="checkbox"/> 有(全部) <input type="checkbox"/> 有(一部) <input type="checkbox"/> 無 | | | | | 今後必要と 思われる サービス | <input type="checkbox"/> 訪問看護 |
| | 清潔 | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 要介助 浴形態 <input type="checkbox"/> 浴槽 <input type="checkbox"/> シャワー <input type="checkbox"/> その他 | | | | | | <input type="checkbox"/> 訪問リハ |
| | 衣服の着脱 | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 要介助 | | | | <input type="checkbox"/> 通所リハ | | |
| | 服薬管理 | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 要介助 | | | | その他サービス | <input type="checkbox"/> その他サービス | |
| | 夜間の状態 | <input type="checkbox"/> 良眠 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 不穏 | | | | | | |
| 意思の伝達 | <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない | | | | | | | |
| 病識等 | 病気の理解 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | | 内服の必要性の理解 <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 拒薬 <input type="checkbox"/> 怠薬 <input type="checkbox"/> 断薬 | | | | | |
| 住環境 | 一戸建て・集合住宅 階 エレベーター(有・無) | | | | | | | |
| 特殊な医療 | <input type="checkbox"/> 点滴の管理 <input type="checkbox"/> 経腸栄養 <input type="checkbox"/> 経静脈栄養 <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 気管カニューレ <input type="checkbox"/> 在宅酸素療法 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 膀胱留置カテーテル <input type="checkbox"/> ストマケア <input type="checkbox"/> 注射(インスリン療法) <input type="checkbox"/> 褥瘡(管理方法: <input type="checkbox"/> ストマケア) <input type="checkbox"/> 疼痛管理(コントロール方法: <input type="checkbox"/> その他) | | | | 自己管理 状況 | 在宅酸素療法(可能・見守り・不可) ストマケア(可能・見守り・不可) インスリン(可能・見守り・不可) その他 | | |
| その他 | 上記医療に係る 衛生材料の準備(日分) 薬剤等の準備(日分) 消毒薬の準備(日分) | | | | | | | |
| 介護に関する本人・家族の意向・入退院に対しての留意点 | | | | | | | | |
| かかりつけ医 | | | | | | | | |
| 医療機関名 | | | | 主治医名 | | | | |
| 住 所 | | | | 電話番号 | | | | |
| 退院医療機関 | | | | | | | | |
| 医療機関名 | | | | 主治医名 | | | | |
| 住 所 | | | | 電話番号 | | | | |
| 記載担当者所属部署 | 氏 名 | | | 直通電話 | | | | |