

退院・退所情報記録書

事業所名：
担当ケアマネジャー氏名

様

医療機関名：
連絡窓口・担当者名

TEL：FAX：

1. 基本情報・現在の状態 等

記入日： 年 月 日

属性	フリガナ		性別	年齢	退院(所)時の要介護度 (<input type="checkbox"/> 要区分変更)			
	氏名	様	男 ・ 女	歳	<input type="checkbox"/> 要支援 () ・ 要介護 () <input type="checkbox"/> 総合事業対象者 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 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・入所先	施設名 棟 室						
	今後の医学管理	医療機関名：				方法	<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 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	*左 番号 記入	安定 () 不安定 ()	
	移動手段	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他 ()						
	排泄方法	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> おむつ カテーテル・パウチ ()						
	入浴方法	<input type="checkbox"/> 自立 <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						
	食事形態	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> その他 ()					UDF等の食形態区分	
	嚥下機能 (むせ)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (時々・常に)			義歯	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (部分 ・ 総)		
	口腔清潔	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良 <input type="checkbox"/> 著しく不良				入院(所)中の使用： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		
	口腔ケア	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助						
	睡 眠	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良 ()					眠剤使用 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
	認知・精神	<input type="checkbox"/> 認知機能低下 <input type="checkbox"/> せん妄 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 焦燥・不穏 <input type="checkbox"/> 攻撃性 <input type="checkbox"/> 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	本人への病名告知： <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし						
	＜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							
	＜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（ ） <input type="checkbox"/> 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）
		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		
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				
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。