

退院連携シート

神戸市

記入者

記入日

年

月

日

事業所(施設)名	
ケアマネジャー名	
電話番号	

病院・診療所名	
担当部署・担当者名	
電話番号	

以下の情報は、利用者本人及び家族の同意を得ています。

ふりがな氏名	生年月日	明大昭 □ □ □	年	月	日	年齢	歳	性別	男女 □ □
住所	電話番号 (固定)		(携帯)						
緊急時連絡先	氏名(キーパーソン)	続柄※	住所	電話番号	備考				
	1								
	2								
※「成年後見人」の場合は、続柄欄にその旨記載。どちらか一方が医療同意者となる場合、その他留意事項があれば備考欄に記載									
家族の介護力	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 日中独居 <input type="checkbox"/> 子と同居 <input type="checkbox"/> 高齢世帯 <input type="checkbox"/> 家族が要介護 <input type="checkbox"/> その他()		医療保険	<input type="checkbox"/> 後期高齢者 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 健康保険 <input type="checkbox"/> 生保(CW) <input type="checkbox"/> 共済 <input type="checkbox"/> 船員		住環境	<input type="checkbox"/> 戸建 <input type="checkbox"/> 集合 <input type="checkbox"/> 階 EV <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		
			障害等認定	<input type="checkbox"/> 身障() <input type="checkbox"/> 精神() <input type="checkbox"/> 療育 <input type="checkbox"/> 特定疾患()					
	退院後の生活に関する意向(本人・家族)					生活歴(これまでの職業、家庭生活、趣味、習慣など)			

要介護度	<input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 区分変更中 <input type="checkbox"/> 未申請	有効期間 (年 月 日 ~ 年 月 日)
	申請日() 要支援 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 要介護 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	

障害高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2	入院先主治医	主治医:
---------------	---	--------	------

認知症高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M	診療科:
----------------	---	------

入院期間	年 月 日 ~ 年 月 日 予定
------	------------------

現在治療中の病気	①	②	③
----------	---	---	---

病名(入院原因疾患)	
------------	--

入院中の経過 予後・予測	
--------------	--

今後の医学管理	<input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 訪問診療 <input type="checkbox"/> 訪問歯科診療 <input type="checkbox"/> 訪問薬局 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ <input type="checkbox"/> 訪問栄養食事指導 ① ② ③ ④ ⑤ ⑥
---------	---

既往歴	<input type="checkbox"/> 悪性腫瘍 <input type="checkbox"/> 心血管疾患 <input type="checkbox"/> 脳血管疾患 <input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> その他()	手術歴
-----	---	-----

病気、後遺症等の受け止め/医療への意向等(DNARの有無含)	本人	本人への病名告知 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	家族
	本人		

退院後必要な事柄	医療処置	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 疼痛コントロール <input type="checkbox"/> 経管栄養 (<input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 腸ろう <input type="checkbox"/> 鼻腔) <input type="checkbox"/> 褥瘡処置 <input type="checkbox"/> 膀胱留置カテーテル <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 自己注射() <input type="checkbox"/> その他()					
	医療・看護・リハビリの視点						
	禁忌事項	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	運動制限	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	栄養状態	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良	入院時体重

入院中の過ごし方	
----------	--

利用者氏名																			
	自立	見守り	一部介助	全介助															
移動方法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 手引き <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> シルバーカー <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> その他()														
寝返り	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> つかまらないでできる <input type="checkbox"/> 何かにつかまればできる <input type="checkbox"/> できない														
起き上がり	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> つかまらないでできる <input type="checkbox"/> 何かにつかまればできる <input type="checkbox"/> できない														
整容	洗顔	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>														
	整髪	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>														
	爪切	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>														
口腔ケア	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	義 歯	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 全部 <input type="checkbox"/> 一部)													
食事摂取 食事形態	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	食形態	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 嚥下食 (<input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> ソフト食 <input type="checkbox"/> ペースト食 <input type="checkbox"/> とろみ)													
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	制限	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 塩分 <input type="checkbox"/> 水分 ml/日 カロリー kcal/日)													
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	嚥下障害	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> 常に) <input type="checkbox"/> 診断有 <input type="checkbox"/> ST介入有 咀嚼状況 <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良													
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	食物アレルギー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()													
入 浴	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	入浴の制限	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> 清拭 <input type="checkbox"/> その他()													
更 衣	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>															
排泄	排尿	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	排尿能力	<input type="checkbox"/> 自排尿 <input type="checkbox"/> 間欠導尿 <input type="checkbox"/> 留置カテーテル				排便習慣	回/ (日・ 週)								
	排便	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	日中	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> リハビリパンツ <input type="checkbox"/> その他()												
服薬管理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	処方薬	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> 別紙参照 <input type="checkbox"/> 一包化 <input type="checkbox"/> 粉砕													
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	薬剤管理	<input type="checkbox"/> 自己管理 <input type="checkbox"/> 他者管理() <input type="checkbox"/> 服薬拒否 <input type="checkbox"/> その他()													
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	眠剤の使用	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	睡眠の状態	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良				頓服の使用	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有						
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	禁忌事項	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()													
簡単な調理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	できる	<input type="checkbox"/>	できない	買い物	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	できる	<input type="checkbox"/>	できない	金銭管理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	できる	<input type="checkbox"/>	できない
麻 痺	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	無	<input type="checkbox"/>	左上肢	<input type="checkbox"/>	右上肢	<input type="checkbox"/>	左下肢	<input type="checkbox"/>	右下肢	<input type="checkbox"/>	その他			
拘 縮	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	無	<input type="checkbox"/>	有 (部位:)	<input type="checkbox"/>	四肢欠損 (部位:				
褥 瘡	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	無	<input type="checkbox"/>	有 (部位:											
皮膚疾患	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	無	<input type="checkbox"/>	有 (部位:											
視 力	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	日常生活に支障なし	<input type="checkbox"/>	はっきり見えない	<input type="checkbox"/>	ほとんど見えない	<input type="checkbox"/>	判断不能	めがね使用	<input type="checkbox"/>	有	<input type="checkbox"/>	無		
聴 力	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	普通	<input type="checkbox"/>	普通の声がやっと聞き取れる	<input type="checkbox"/>	大きな声なら聞き取れる	<input type="checkbox"/>	ほとんど聞こえない	<input type="checkbox"/>	判断不能					
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	補聴器の使用	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有												
意思伝達	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	できない	<input type="checkbox"/>	できる	(伝達方法:)										
認知(短期記憶)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	問題あり	<input type="checkbox"/>	問題なし (<input type="checkbox"/> 前日の夕食のメニューが答えられる				→ →	再度確認しても同じ答え)					
精神・心理面での療養上の留意点	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	無	<input type="checkbox"/>	有	幻覚・妄想	<input type="checkbox"/>	昼夜逆転	<input type="checkbox"/>	しつこく同じ話をする	<input type="checkbox"/>	大声を出す	<input type="checkbox"/>	介護への抵抗		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	暴言・暴力	<input type="checkbox"/>	徘徊	<input type="checkbox"/>	火の不始末	<input type="checkbox"/>	不潔行為	<input type="checkbox"/>	異食行動	<input type="checkbox"/>	性的問題行動			
社会との関わり	家族等近親者との交流		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	有()	<input type="checkbox"/>	無	自由記載欄(社会参加への意欲等)										
	地域近隣との交流		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	有()	<input type="checkbox"/>	無											
	友人知人との交流		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	有()	<input type="checkbox"/>	無											
その他(退院後の生活で注意すべき点、住宅改修の必要性、在宅復帰のために整えなければならない要件等)																			
自立した日常生活を営むことができるように支援するうえで解決すべき課題																			
備 考																			