

様式2 退院時情報収集シート ケアマネジャー情報収集用

平成 年 月 日

ふりがな氏名			生年月日	明・大・昭	年	月	日	年齢	歳	性別	男・女				
面談日	平成 年 月 日 ()			場所											
医療機関名及び連絡窓口(所属)	()			電話			面談者(職種)								
入院の原因となった病名・状態像				合併症											
既往歴															
入院期間	入院日:	年	月	日	~	要介護度	<input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 区分変更中 <input type="checkbox"/> 新規申請中 <input type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/> 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					退院(予定)日:	年	月	日
病院主治医				在宅主治医											
【病院からの患者・家族への病状の説明内容】															
【患者・家族の受け止め方】															
【患者・家族の今後の希望】															
ADL	自立	見守り	一部介助	全介助	病棟での様子										
移動方法	<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										
移乗方法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>											
口腔清潔	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	義歯 無・有 (<input type="checkbox"/> 部分義歯 <input type="checkbox"/> 総義歯)										
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 (<input type="checkbox"/> Kcal <input type="checkbox"/> 糖尿病食 <input type="checkbox"/> 高血圧食 <input type="checkbox"/> 腎臓病食 <input type="checkbox"/> その他) 経管栄養 (<input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 経鼻)										
					制限 無・有 (<input type="checkbox"/> 塩分・ <input type="checkbox"/> 水分・ <input type="checkbox"/> その他 ())										
					主食: <input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> ミキサー (摂取量 割)										
					副食: <input type="checkbox"/> 通常 <input type="checkbox"/> 一口大 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> 極小刻み <input type="checkbox"/> ミキサー (<input type="checkbox"/> とろみ付) <input type="checkbox"/> ソフト食 (摂取量 割)										
					水分摂取量: 1日 ml とろみ剤使用: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有										
					アレルギー: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () 食への意欲: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有										
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"/>	入浴の制限: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 浴槽 <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										
服薬管理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	薬の種類(薬剤情報書での代替: 有 / 無:) 薬の変更: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()										
認知機能上の問題	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 不穏 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 危険行為 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 意思疎通困難 <input type="checkbox"/> 徘徊) 【具体的状況】:() キーパーソン: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (連絡先:) <input type="checkbox"/> その他 () 予後予測()														
医療処置	<input type="checkbox"/> 尿留置カテーテル <input type="checkbox"/> ストマ(人工肛門・人工膀胱) <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> その他 () 処理の頻度() 家族での対応: <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可														
家族の介護力	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (留意点等)														
家族への介護指導	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 :理解の状況... <input type="checkbox"/> 十分 <input type="checkbox"/> 不十分 (問題点:)														
感染症	<input type="checkbox"/> HBV <input type="checkbox"/> HCV MRSA:保菌 <input type="checkbox"/> 発症 (部位: <input type="checkbox"/> 痰 <input type="checkbox"/> 血液 <input type="checkbox"/> 尿 <input type="checkbox"/> 創部) <input type="checkbox"/> その他														
在宅生活上の留意点															
緊急時の対応	処置の方法: 連絡先: 搬送先:														
かかりつけ医の変更	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (病院名: 医師名:)														
リハビリ	リハビリ(無・有)頻度: 回/週 / 運動制限(無・有) / リハビリ・運動制限の内容・目標: 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														
◆看護を行っていて気になったこと(入院中のエピソード、家族と当事者間の言動等)															
◆本人、家族の退院に対する意向(患者と家族との意向の乖離)															
◆特記事項															