

# 退院時患者情報提供書 No.1

## 1. 基本情報

記入日:           年           月           日

氏名	(フリガナ)	年齢	才	性別	男・女
		生年月日	年   月   日		
住所		キーパーソン (代理決定者)	氏名:	電話番号	
			続柄:		
電話番号		障害高齢者の 日常生活自立度		認知症高齢者の 日常生活自立度	
退院時の 要介護度	<input type="checkbox"/> 要支援 (    ) <input type="checkbox"/> 要介護 (    ) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 区分変更中		社会資源	障害者手帳: <input type="checkbox"/> 有 (    種    級 ) <input type="checkbox"/> 無 その他: (    )	
有効期間	年   月   日 ~   年   月   日		居宅介護 支援事業所		

## 2. 本人・家族の意向

		病気・障害・後遺症	病名の告知
医師の説明			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 病名:
	受病け 気との め方		本人
	家族		
退に 院開 後す の生 意活 向	本人		
	家族		

## 3. 医療情報

感染症	<input type="checkbox"/> 有 (    )	アレルギー	<input type="checkbox"/> 有 (    ) <input type="checkbox"/> 無
入院原因疾患		入院期間	年   月   日 ~   年   月   日
治療経過			既往歴
機能障害	<input type="checkbox"/> 四肢欠損 <input type="checkbox"/> 麻痺 <input type="checkbox"/> 認知機能障害 ( <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 高次脳機能障害 <input type="checkbox"/> 知的 ) <input type="checkbox"/> その他		
症状・病状の 予後・予測	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、合併症、病状の進行状況など)		
医療管理	内容	管理状況	内容
	<input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 経鼻胃管 <input type="checkbox"/> 胃瘻・腸瘻 <input type="checkbox"/> 創傷処置 <input type="checkbox"/> 褥瘡処置 <input type="checkbox"/> 尿道カテーテル <input type="checkbox"/> その他 (    )	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 腎瘻・膀胱瘻 <input type="checkbox"/> 尿路ストーマ <input type="checkbox"/> 消化管ストーマ <input type="checkbox"/> 排便コントロール <input type="checkbox"/> 疼痛コントロール <input type="checkbox"/> 血糖コントロール <input type="checkbox"/> 自己注射 <input type="checkbox"/> その他 (    )

## 4. 退院後の課題

	課題	内容
身体面 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 医療管理 <input type="checkbox"/> 疼痛 <input type="checkbox"/> 内服 <input type="checkbox"/> 血圧 <input type="checkbox"/> 体重 <input type="checkbox"/> 血糖 <input type="checkbox"/> 排便 <input type="checkbox"/> 水分 <input type="checkbox"/> 食事 <input type="checkbox"/> ADL支援 <input type="checkbox"/> 基本動作 <input type="checkbox"/> 食事 <input type="checkbox"/> 排泄 <input type="checkbox"/> 清潔 <input type="checkbox"/> 整容 <input type="checkbox"/> 口腔管理 <input type="checkbox"/> 更衣 <input type="checkbox"/> リハビリの継続 <input type="checkbox"/> その他	
精神面 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> コミュニケーション支援 <input type="checkbox"/> 疾病・障害受容支援 <input type="checkbox"/> 精神症状コントロール <input type="checkbox"/> その他	
社会面 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> IADL支援 <input type="checkbox"/> 就労支援 <input type="checkbox"/> 社会参加支援 <input type="checkbox"/> その他	
環境面 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 福祉用具等管理 <input type="checkbox"/> 住宅環境 <input type="checkbox"/> 生活スケジュール <input type="checkbox"/> 介護力 <input type="checkbox"/> 家族間の関係性 <input type="checkbox"/> その他	

## 5. 退院後通院先

退院後通院先	<input type="checkbox"/> 当院 <input type="checkbox"/> 当院以外の医療機関 (    )	通院の予定	<input type="checkbox"/> 無
	次回受診日    月    日    退院処方 <input type="checkbox"/> 有 (    日分 ) <input type="checkbox"/> 無		<input type="checkbox"/> 有

医療機関名	電話番号	
記入者(フリガナ)	FAX番号	

退院時患者情報提供書 No.2

患者氏名:

項目	退院時の状況	入院前から変化した項目	改善の可能性	支援内容
①意思疎通	<input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 会話 <input type="checkbox"/> 筆談 <input type="checkbox"/> ジェスチャー <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
②基本動作	室内移動 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 時間がかかっても介助なしで可能 <input type="checkbox"/> 手を貸してもらうなど一部介助を要す <input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	移動手段 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 装具 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> その他			
	屋外移動 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 時間がかかっても介助なしで可能 <input type="checkbox"/> 手を貸してもらうなど一部介助を要す <input type="checkbox"/> 全介助			
	移動手段 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 装具 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> その他			
	起居動作 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 時間がかかっても介助なしで可能 <input type="checkbox"/> ベッド柵を握らせてもらうなど一部介助を要する			
	座位保持 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 支えがあれば可能 <input type="checkbox"/> ベッド柵を握らせてもらうなど一部介助を要する			
③食事	食事動作 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 時間がかかっても介助なしで可能 <input type="checkbox"/> おかずを刻むなどの一部介助を要す <input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	食事形態 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> きざみ <input type="checkbox"/> 嚥下障害食 <input type="checkbox"/> ミキサー			
	とろみ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有			
	食器 <input type="checkbox"/> 箸 <input type="checkbox"/> スプーン <input type="checkbox"/> フォーク <input type="checkbox"/> 特殊箸 <input type="checkbox"/> 変形スプーン <input type="checkbox"/> 変形皿			
④内服	内服薬 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	管理 <input type="checkbox"/> 自己管理 <input type="checkbox"/> 他者による管理( )			
⑤排泄	服薬状況 <input type="checkbox"/> 処方通り服用 <input type="checkbox"/> 時々飲み忘れあり <input type="checkbox"/> 飲み忘れが多い	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	排泄動作 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 時間がかかっても介助なしで可能 <input type="checkbox"/> 便座に座らせてもらう、ズボンを下げるなど、一部介助を要する			
	日中 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> テープタイプ <input type="checkbox"/> パンツタイプ <input type="checkbox"/> 自己導尿 <input type="checkbox"/> 尿取りパット			
⑥清潔・整容	夜間 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> テープタイプ <input type="checkbox"/> パンツタイプ <input type="checkbox"/> 自己導尿 <input type="checkbox"/> 尿取りパット	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	入浴動作 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 時間がかかっても介助なしで可能 <input type="checkbox"/> 体を洗ってもらうなど一部介助を要する <input type="checkbox"/> 全介助			
	入浴方法 <input type="checkbox"/> 特殊浴 <input type="checkbox"/> 介助浴 <input type="checkbox"/> 清拭 <input type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> 一般浴(個浴) <input type="checkbox"/> 行わず			
	洗面 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 時間がかかっても介助なしで可能 <input type="checkbox"/> 顔を洗ってもらうなど一部介助を要する <input type="checkbox"/> 全介助			
	整髪 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 時間がかかっても介助なしで可能 <input type="checkbox"/> 櫛を握らせてもらうなど一部介助を要する <input type="checkbox"/> 全介助			
⑦口腔管理	髻剃り <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 時間がかかっても介助なしで可能 <input type="checkbox"/> 髻剃りを握らせてもらうなど一部介助を要する <input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	口腔ケア <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 時間がかかっても介助なしで可能 <input type="checkbox"/> 歯磨き粉をつけるなど一部介助を要する <input type="checkbox"/> 全介助			
	義歯 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 : <input type="checkbox"/> 上 <input type="checkbox"/> 下 <input type="checkbox"/> 部分 <input type="checkbox"/> 総義歯			
⑧更衣	義歯管理 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	更衣 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 時間がかかっても介助なしで可能 <input type="checkbox"/> 袖を通してもらうなど一部介助を要する <input type="checkbox"/> 全介助			
⑨睡眠	睡眠状態 <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	睡眠時間 ( ) 時 ~ ( ) 時			
	眠剤使用 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( <input type="checkbox"/> 定期 <input type="checkbox"/> 頓服 )			
	いびき等 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有			