

退院調整情報共有書

★ケアマネジャーが面談やカンファレンスで収集した情報をまとめるシートです

(枚中 枚目)

ふりがな			記入者所属事業所	記入者氏名	
氏名					
性別	生年月日		入院期間(予定)		
男・女	明・大・昭	年 月 日(歳)	年 月 日 ~	年 月 日(予定)	
要介護度	・(未申請・区分変更中(年 月 日申請)・新規申請中(年 月 日申請)・非該当) ・要支援(1・2) 要介護(1・2・3・4・5) 総合事業対象者 ・認定日: 年 月 日 有効期間: 年 月 日 ~ 年 月 日				
疾病の状態	病院 主治医	(科) (科)	在宅 主治医	医療機関・主治医名 連絡先	
	主病名		手術	無・有 (手術名:)	
		副病名 合併症		感染症	無・有 ()
				アレルギー	無・有 ()
			既往歴		
	薬剤情報	[薬剤情報書の添付:(有・無)] ・抗結核菌薬(無・有) 服薬内容、退院時処方(薬剤名・薬剤の剤形・投与経路等)			
	今後の見通し	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)、予後予測、今後の受診予定等) 次回受診日: 月 日 (医療機関名:) 予約: 無・有 (時間:)			
告知	告知: (未実施・実施 ⇒ <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> その他 ()備考()				
疾患についての説明内容	病院から患者・家族への説明内容/患者・家族の受け止め方/患者・家族の希望				
* 特別な医療	<input type="checkbox"/> 酸素 <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 経管 <input type="checkbox"/> カテーテル(膀胱留置・導尿) <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> 血糖測定				
	<input type="checkbox"/> ストーマ <input type="checkbox"/> じょく瘡(部位:) 処置内容()				
	<input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養・ポート <input type="checkbox"/> 透析(実施施設所在地・施設名:)				
	<input type="checkbox"/> 疼痛管理(麻薬の使用: 無・有) <input type="checkbox"/> その他()				
リハビリ等	リハビリテーション(無・有)(PT・OT・ST) 頻度: 回/週 リハビリサマリーの添付:(有・無) 運動制限(無・有) / 運動制限の内容:() 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 <リハビリの内容・進捗状況> 退院後のリハビリ継続について(要・不要)				
退院指導の状況	備考				
(有・無)	理解度	本人: <input type="checkbox"/> 十分 <input type="checkbox"/> 不十分(問題点:) 家族: <input type="checkbox"/> 十分 <input type="checkbox"/> 不十分(問題点:)			

* = 診療報酬 入退院支援加算1.2 「退院困難な患者の要因」に関連

【注】入退院支援加算の算定には、国の通知等に拠る算定条件を満たす必要があります。

裏面に続きます

		自立	見守り	一部 介助	全 介助	備考 (枚中 枚目)
移動		<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"/> 車いす <input type="checkbox"/> 装具・補装具 <input type="checkbox"/> ストレッチャー <input type="checkbox"/> その他()
食事	摂取	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	・嚥下状態(良・不良) 咀嚼状況(良・不良) 形態:(普通・軟菜・刻み・ペースト・トミ) ・制限 (無・有) ⇒ 制限内容() 使用する食器 : (箸・スプーン・自助具)
	調理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 栄養サポートチーム(NST)介入・評価 () <input type="checkbox"/> 栄養サマリー: サマリーがある場合、担当管理栄養士()
* 排泄	排尿	(支障有り・支障無し)				トイレ・ホータブルトイレ・尿器・膀胱留置カテーテル・オムツ(常時・夜間のみ) リハビリパンツ(常時・夜間のみ) 失禁(無・時々有・常時有) 下剤使用(無・有) 浣腸(無・有)
	排便	(支障有り・支障無し)				
	排尿動作	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(特記事項) ()
	排便動作	<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 (無・有) (上・下・全部) ()
起居		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	起き上がり() 座位保持() 立ち上がり() 立位保持() 寝返り() ()
入浴 (洗身)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	洗身(不可・行っていない) 入浴制限(無・有) (シャワー・清拭・その他 ()) 入浴時の注意点(血圧指示等) (/ mmHg (以上・以下) の時は入浴禁 その他()) ()
更衣		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
睡眠		良眠・時に不眠・不眠				睡眠剤使用(無・有) 薬剤名:用法等()
服薬管理		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 1日配薬 <input type="checkbox"/> 毎回配薬 <input type="checkbox"/> 一包化 < 管理の状況 >
* 認知・ 精神面	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			評価時期
	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"/> II a <input type="checkbox"/> II b <input type="checkbox"/> III a <input type="checkbox"/> III b <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M			
	認知症の原因疾患 その他特記事項等					
	精神状態		疾患 (無・有 ()) <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 焦燥・不穏 <input type="checkbox"/> 攻撃性 <input type="checkbox"/> 意思疎通困難 <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 大声出す <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 暴力) その他()			
自由記載						
情報提供機関名 (医療機関・部署名)					TEL(内線)	

回目	カンファレンス・情報交換等 実施日	情報提供者(職・名前)			
回目	年 月 日 () 午前・午後 時 分 ~ 時 分	職: 名:	職: 名:	職: 名:	職: 名:
回目	年 月 日 () 午前・午後 時 分 ~ 時 分	職: 名:	職: 名:	職: 名:	職: 名:
回目	年 月 日 () 午前・午後 時 分 ~ 時 分	職: 名:	職: 名:	職: 名:	職: 名:

※ ケアマネジャーが本様式を用いて聞き取りを行う場合、1回目より同一様式を使用し、変更があった事項を書き足すことも可能であるが、加筆部分がわかるようにすること。例) ペンの色を変える、コピーして使用 等