

## 退院時連携シート

居宅介護支援事業所：

介護支援専門員：

**留意事項**

- ①このシートは、ケアマネジャーが医療機関から情報を得て記入し、ケアプランの作成に反映するものです。
- ②医療機関は、ケアマネジャーの聞き取りを想定し、準備しておきます(事前の記入が可能であれば記入)。

入院先：

入院日： 年 月 日

退院(予定)日： 年 月 日

属性	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏名	様	年齢	( 歳)
退院時の要介護度		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 要支援 ( ) <input type="checkbox"/> 要介護 ( ) <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 区分変更		
入院概要	入院原因疾患			
	退院後の医療機関	<input type="checkbox"/> 入院していた病院(次回受診日: )		受診方法
		<input type="checkbox"/> 入院前のかかりつけ医(医療機関名: )		
<input type="checkbox"/> その他の医療機関(医療機関名: )		<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 訪問診療		
受け止め/意向	病気、障害、後遺症等の受け止め方		退院後の生活に関する意向	
	本人	本人への病名告知： <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	本人	
家族		家族		
退院後に必要な事柄	医療処置等			在宅復帰のために整えなければならない要件
	医療処置	<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"/> 褥瘡処置 <input type="checkbox"/> ストーマ(尿路・消化管) <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 経腸栄養 <input type="checkbox"/> 尿道カテーテル <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) <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 <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 <input type="checkbox"/> 言語訓練 <input type="checkbox"/> 摂食・嚥下訓練 <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 <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"/> 無 <input type="checkbox"/> 有			
症状・病状の予後・予測				
退院に際しての日常生活の障害要因(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)、良くなっている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。		

		状況					特記事項・支援内容等	
麻痺の状況		なし	あり ( )					
褥瘡の有無		なし	あり ( )					
現在治療中の疾患		1	2	3				
疾患の状況※番号記入		安定 ( )		不安定 ( )				
A D L	起居動作		自立	見守り	一部介助	全介助		
	移 動	移動(室内)	自立	見守り	一部介助	全介助		
			杖	歩行器	車いす	その他		
	移 動	移動(屋外)	自立	見守り	一部介助	全介助		
			杖	歩行器	車いす	その他		
	移 乗		自立	見守り	一部介助	全介助		
	更 衣		自立	見守り	一部介助	全介助		
	整 容		自立	見守り	一部介助	全介助		
	入 浴		自立	シャワー浴	一般浴	機械浴	行わず	
	排 泄 *	排尿		自立	見守り	一部介助	全介助	
		排便		自立	見守り	一部介助	全介助	
		ポータブルトイレ		なし		夜間のみ	常時使用	
		オムツ/パッド		なし		夜間のみ	常時使用	
食 事	摂取方法		経口	経管栄養	水分とろみ	なし	あり	
	食事の摂取		自立	見守り	一部介助	全介助		
	食事制限		不明	なし	あり ( )			
	食事形態		普通	きざみ	嚥下障害食	ミキサー		
	UDF等の食形態区分							
	水分制限		不明	なし	あり ( )			
口 腔	嚥下機能		むせない		時々むせる	常にむせる		
	義歯		なし	あり(部分・総)	入院中の使用	なし	あり	
	口腔清潔		良		不良	著しく不良		
睡 眠		良	不良 ( )		眠剤の使用	なし	あり	
コ ミュ ニ ケー ション 能 力	視力		問題なし		やや難あり	困難		
	眼鏡		なし	あり	補聴器	なし	あり	
	聴力		問題なし		やや難あり	困難		
	言語		問題なし		やや難あり	困難		
	意思疎通		問題なし		やや難あり	困難		
精神面に おける 療養上の問題		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 焦燥・不穏 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 暴力/攻撃性 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 危険行為 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> その他 ( )						
服薬管理 <input type="checkbox"/> 内服なし	管理		<input type="checkbox"/> 自己管理 <input type="checkbox"/> 他者 ( )					
	服薬状況		<input type="checkbox"/> 処方通り服用 <input type="checkbox"/> 時々飲み忘れ <input type="checkbox"/> 飲み忘れが多い、処方が守られていない <input type="checkbox"/> 服薬拒否					
情 報 交 換	回目	聞き取り日 (面談日)	情報提供者の職種・氏名				メモ (面会, 連絡先等)	
		年 月 日	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> リハ職 <input type="checkbox"/> 歯科医師・歯科衛生士 <input type="checkbox"/> MSW <input type="checkbox"/> その他 ( ) 氏名 ( )					

身体・生活機能の状況／療養生活上の課題について