

退院情報提供シート(退院シート)

情報提供先:

作成日 年 月 日

病棟		記録者名		病棟師長		印
(フリガナ) 患者氏名	()	性別		生年月日		
入退院日	入院日:	退院日(予定日):		<input type="checkbox"/> 未定		
主たる傷病名						
主な既往歴						
		アレルギー	<input type="checkbox"/> 薬剤()			
		<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 食物(禁止食品項目参照)			
		<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> その他()			
入院中の経過						
継続する看護上の問題等						
病状等の説明内容と 受け止め	医師の説明					
	患者					
	家族	氏名: (続柄)				
患者・家族の今後の希望 目標や、大切にしていること	患者					
	家族	氏名: (続柄)				
家族構成(同居の有無 キーパーソン等)	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 同居者:			緊急連絡先(氏名・続柄・連絡先)		
	キーパーソン: (続柄)			① (続柄) 連絡先 ② (続柄) 連絡先		
介護者等の状況	主介護者:		(続柄)			
	対応可能な時間: <input type="checkbox"/> 常時 <input type="checkbox"/> 日中のみ <input type="checkbox"/> 夜間のみ <input type="checkbox"/> 介護者や協力者がいない					
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					
認知症自立度	<input type="checkbox"/> 正常 <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					
社会資源	退院後の医療機関		(医療機関名)			
	要介護認定		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 要支援 () <input type="checkbox"/> 要介護 () <input type="checkbox"/> 区分変更中 <input type="checkbox"/> 事業対象者			
	介護支援専門員		担当者: (事業所名)			
	訪問看護ステーション		(事業所名)			
	相談支援専門員		担当者: (事業所名) 障害福祉サービス			
生活等の状況	清潔	入浴: <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助(介助方法) <input type="checkbox"/> 全身入浴 <input type="checkbox"/> 部分浴 <input type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> 機械浴 <input type="checkbox"/> 清拭 (最終実施日 月 日) 口腔ケア: <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助(介助方法) 更衣: <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助(介助方法)				
	活動	座位: <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助(介助方法) 移乗: <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助(介助方法) 移動: <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助(介助方法) 方法: <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 車椅子自走 <input type="checkbox"/> ストレッチャー マットレスの種類:()				
	排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助(介助方法) 方法: <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"/> 便器 <input type="checkbox"/> リハビリパンツ <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 導尿 <input type="checkbox"/> 膀胱留置カテーテル(詳細は医療処置参照) <input type="checkbox"/> ストーマ (詳細は医療処置参照) 排泄機能障害: <input type="checkbox"/> 尿意がない <input type="checkbox"/> 尿失禁 <input type="checkbox"/> 便意がない <input type="checkbox"/> 便失禁 排便回数:()日に()回 最終排便: 月 日				

	食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助(<input type="checkbox"/> セッティング <input type="checkbox"/> その他()) <input type="checkbox"/> 全介助
	栄養補給法	<input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経管栄養 (詳細は医療処置参照) <input type="checkbox"/> 静脈
		回数: 回/日 <input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 夕 その他()
	食種	食種()
	食事形態	主食 <input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 軟飯 <input type="checkbox"/> 粥 <input type="checkbox"/> パン <input type="checkbox"/> ソフト食 <input type="checkbox"/> その他()
		副食 <input type="checkbox"/> 常菜 <input type="checkbox"/> 軟菜 <input type="checkbox"/> きざみ <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> ソフト食 <input type="checkbox"/> その他()
		嚥下 <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 飲み込みに時間がかかる <input type="checkbox"/> むせあり
		とろみ調整 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()
		摂取量 <input type="checkbox"/> 主食(<input type="checkbox"/> 全量 <input type="checkbox"/> 2/3 <input type="checkbox"/> 1/2 <input type="checkbox"/> 1/3 <input type="checkbox"/> 少量) <input type="checkbox"/> 副食(<input type="checkbox"/> 全量 <input type="checkbox"/> 2/3 <input type="checkbox"/> 1/2 <input type="checkbox"/> 1/3 <input type="checkbox"/> 少量) <input type="checkbox"/> 食ベムラあり
		義歯 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 総入歯 <input type="checkbox"/> 部分入歯(<input type="checkbox"/> 一部のみ <input type="checkbox"/> 上 <input type="checkbox"/> 下)
	禁止食品	食物 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
		アレルギー <input type="checkbox"/> 牛乳 <input type="checkbox"/> 乳製品 <input type="checkbox"/> 卵 <input type="checkbox"/> 小麦 <input type="checkbox"/> そば <input type="checkbox"/> 落花生 <input type="checkbox"/> えび <input type="checkbox"/> かに <input type="checkbox"/> 青魚 <input type="checkbox"/> 大豆 <input type="checkbox"/> その他()
		治療、服薬、宗教による事項 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 納豆 <input type="checkbox"/> グレープフルーツ <input type="checkbox"/> 他()
	睡眠	<input type="checkbox"/> 良眠 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 眠剤(薬剤名:) <input type="checkbox"/> 常用 <input type="checkbox"/> 不眠時のみ)
精神状態	<input type="checkbox"/> 特記事項なし <input type="checkbox"/> 抑うつ <input type="checkbox"/> せん妄 <input type="checkbox"/> その他()	
	<input type="checkbox"/> 認知症 (症状、行動等:)	
安全対策	<input type="checkbox"/> 離床センサー() <input type="checkbox"/> 抑制() <input type="checkbox"/> その他()	
運動機能障害	麻痺 : <input type="checkbox"/> 右上肢 <input type="checkbox"/> 左上肢 <input type="checkbox"/> 右下肢 <input type="checkbox"/> 左下肢	
	言語障害 : (<input type="checkbox"/> 構音障害 <input type="checkbox"/> 失語症) 視力障害 : (<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左)	
	聴力障害 : (<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左) 補聴器使用 (<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左)	
医療処置 挿入物等の状況	点滴・注射	<input type="checkbox"/> PICC(末梢挿入型中心静脈カテーテル) <input type="checkbox"/> CVC(中心静脈カテーテル) <input type="checkbox"/> 末梢静脈ライン <input type="checkbox"/> 静注CVポート 挿入部位: <input type="checkbox"/> 自己注射 (薬品名、単位、回数等)
	経管栄養	<input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 腸瘻 (サイズ: Fr cm) <input type="checkbox"/> その他() 投与内容() 最終交換日: 月 日 次回交換日: 月 日
	膀胱留置カテーテル	種類: サイズ: Fr 固定水: ml 最終交換日: 月 日 次回交換日: 月 日
	透析	週 回(実施病院) <input type="checkbox"/> シヤント(部位) <input type="checkbox"/> 腹膜透析
	呼吸管理	吸引 回数: /日 酸素療法 : (<input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> マスク <input type="checkbox"/> その他()) 酸素流量: (常時 L 労作時 L 安静時 L) 気管切開 : 気管内チューブ(種類 サイズ) 最終交換日: 月 日 次回交換日: 月 日 人工呼吸器: 機種、設定、モード ()
	創傷処置	<input type="checkbox"/> 褥瘡処置 部位・深度・サイズ等() 処置方法:
		<input type="checkbox"/> 手術創等 部位() 処置方法:
	ストーマケア	<input type="checkbox"/> コロストミー <input type="checkbox"/> イレオストミー <input type="checkbox"/> 回腸導管 <input type="checkbox"/> 尿管皮膚瘻 <input type="checkbox"/> 腎瘻 <input type="checkbox"/> 膀胱瘻 装具の種類: 装具品番 サイズ() 最終交換日: 月 日 交換頻度: ケア方法:
薬剤情報	服薬管理	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助(内容:) <input type="checkbox"/> 全介助
	他院処方薬	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 薬剤情報参照 <input type="checkbox"/> お薬手帳参照
備考欄(留意点等)		