

# 退院シート

退院シート1

情報提供日 年 月 日

○情報提供先
--------

○医療機関名		〔所属・情報提供者〕病棟師長	
TEL		看護師	
入院日	年 月 日	主治医	【 科】
退院日	年 月 日		
退院後の医療機関	(有・無)		

## 利用者情報

ふりがな	生 年 月 日		
氏 名	M・T・S	年 月 日	歳
住 所	〒		
連絡先	( )		
キーパーソン	氏名	続柄	連絡先 ( )

疾病の状態	特記事項 (医療的処置などの コメント記載)	入院中の経過及び 看護引き継ぎ事項
主病名		
主症状		
既往歴		

## 心身に係る状態

<input type="checkbox"/> 意識障害 JCS <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 20 <input type="checkbox"/> 30 <input type="checkbox"/> 100 <input type="checkbox"/> 200 <input type="checkbox"/> 300 <input type="checkbox"/> 認知障害 ( 周辺症状 夜間の状況等 ) <input type="checkbox"/> 筋力低下 ( <input type="checkbox"/> 上肢 <input type="checkbox"/> 下肢 ) <input type="checkbox"/> 知覚障害 ( <input type="checkbox"/> 視覚 <input type="checkbox"/> 聴覚 <input type="checkbox"/> 皮膚の感覚 <input type="checkbox"/> 痛覚 ) <input type="checkbox"/> 構音障害 <input type="checkbox"/> 失語症 <input type="checkbox"/> 嚥下障害 <input type="checkbox"/> 浮腫 <input type="checkbox"/> 疼痛 <input type="checkbox"/> 拘縮 <input type="checkbox"/> 褥瘡 マットレスの種類・処置方法
事業対象者 部位 要支援 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 深さ 要介護度 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 区分変更中
障害高齢者 <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 認知症高齢者 <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
直近のバイタルサイン K T °C ・ B P ~ mmHg P 回/分 ・ S p O 2 %

退院シート

項 目		特 記 事 項
生 活 状 況	食 事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 食事摂取量 <input type="checkbox"/> 少量 <input type="checkbox"/> 1/3 <input type="checkbox"/> 1/2 <input type="checkbox"/> 加リ制限有 ( cal ) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 全量 <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 粥 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> リフト食
	UDF等の食形態区分	<input type="checkbox"/> 区分1 容易にかめる <input type="checkbox"/> 区分2 歯ぐきでつぶせる <input type="checkbox"/> 区分3 舌でつぶせる <input type="checkbox"/> 区分4 かまなくてよい
	経管栄養	<input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 腸ろう
	摂取状況	<input type="checkbox"/> 多い <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 少ない
	嚥 下	<input type="checkbox"/> 飲込みに時間かかる <input type="checkbox"/> 声の変化 <input type="checkbox"/> 呼吸の変化 <input type="checkbox"/> ムセ込み有
	義 歯	<input type="checkbox"/> 有 ( <input type="checkbox"/> 部分 <input type="checkbox"/> 総 ) <input type="checkbox"/> 無
	口腔ケア	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	排 泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 失禁 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
		<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> ポータブル
		<input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> 尿道カテーテル 交換日 /
		<input type="checkbox"/> ストーマ <input type="checkbox"/> 最終排便日 ( )
		<input type="checkbox"/> その他 ( )
	整 容	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	入 浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 最終入浴日 ( )
	移 動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 歩行 ( ) <input type="checkbox"/> 杖歩行 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車イス 麻痺 <input type="checkbox"/> 有 ( ) <input type="checkbox"/> 無
		<input type="checkbox"/> 良眠 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 (服薬) <input type="checkbox"/> 常用 <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> 服薬無
		<input type="checkbox"/> 大声を出す <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 危険行為 ( )
	服 薬	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 服薬情報 (退院時: 日分処方)
感 染 症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )	
意 向 等	本人や家族の病気の受け止め方や退院後の意向など	
	本 人	本人への病名告知 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
薬 劑 情 報	家族	
	服薬している薬の種類、内容 ※お薬情報をご覧ください。	