

川薩地域入退院調整ルール

1 目的

患者さんが、「住み慣れた地域でその人らしい生活を最後まで」送ることができるよう入院した時から、退院後の生活や療養が円滑に送れるよう医療と介護が連携した支援を図ります。

**入退院支援がなかったために困ったことになった
患者さんや家族を1例でもなくすために！**

2 対象

- ①介護保険サービスを現在利用している患者
- ②介護保険サービスを利用をしていない患者で病院担当者が退院支援が必要（※3ページ 基準を参照）と思った患者

3 退院調整の手順について

○患者が入院してきたら → 介護保険証を確認（ケアマネジャーの有無を確認）

ケアマネジャーがいる場合

(1) 入院時

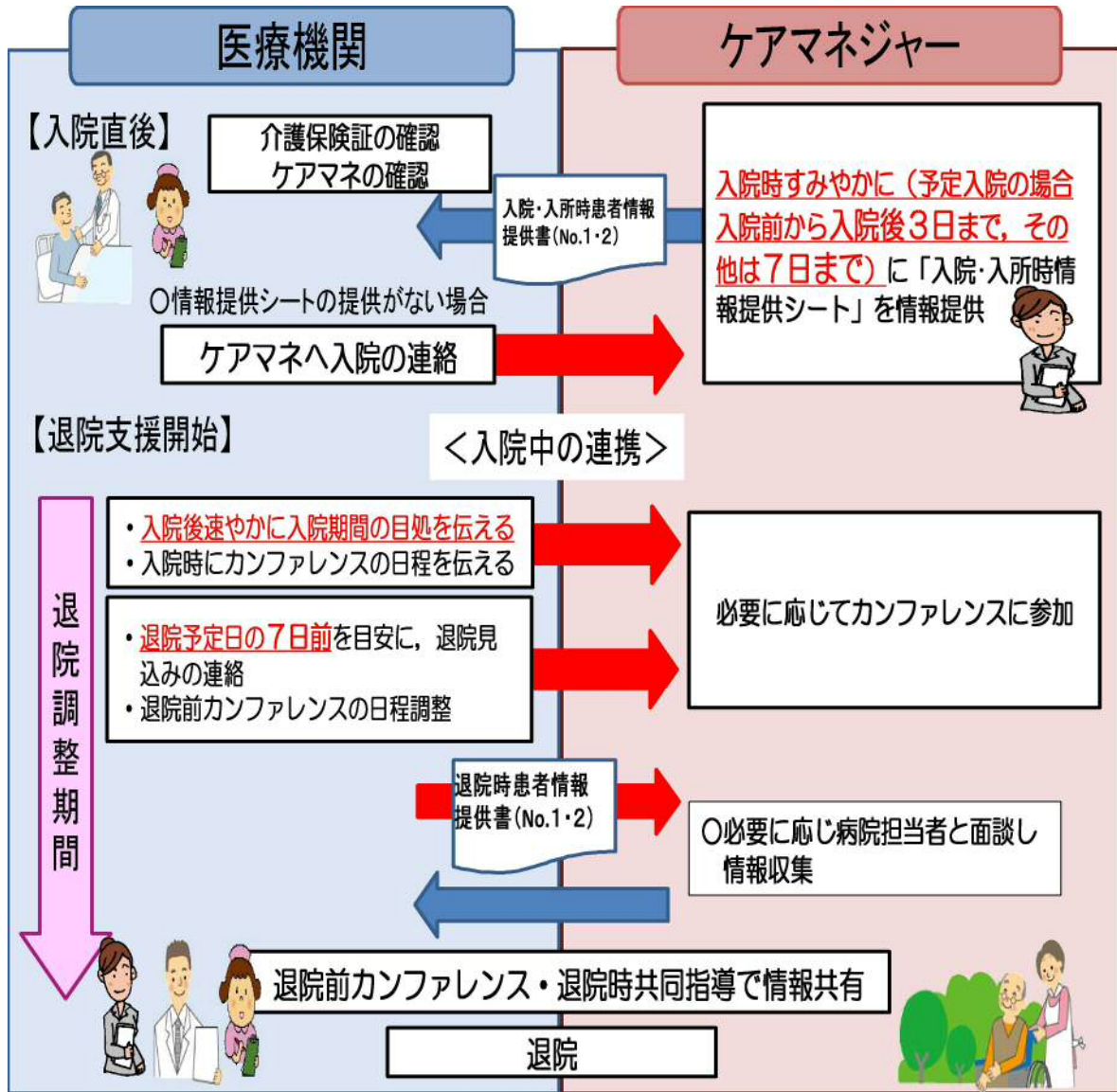
- ①ケアマネジャー・地域包括支援センターは、入院時できるだけ速かに（予定入院の場合は入院前から入院後3日まで、それ以外は7日まで）に「入院・入所時患者情報提供書 No.1・2」により、病院の指定窓口に情報提供（FAX 又は持参）を行う。
- ②病院担当者は、「入院・入所時患者情報提供書 No.1・2」の提出がない場合、入院1週間を目処に担当ケアマネに連絡する。（入院日数を考慮し連絡する）

(2) 退院に向けて

- ①病院担当者は担当ケアマネに入院時カンファレンスの日程を伝え、ケアマネの判断で参加する。また、必要に応じ退院に向けた中間カンファレンスを行う。
- ②病院担当者は担当ケアマネに入院後速やかに入院期間の目処を伝える。
また退院予定日の7日前ぐらいまでに退院見込みの連絡を行い、担当ケアマネと、退院前カンファレンスの日程を調整する。
- ③病院担当者はカンファレンス前までに、担当ケアマネに「退院時患者情報提供書 No.1・2」により情報提供する。（FAX 等）
- ④担当ケアマネは、必要に応じて病院担当者と面談し、情報を収集する。

(3) 「退院前カンファレンス」・「退院時共同指導」の実施

入院前にケアマネジャーがいる患者の場合



ケアマネジャーがない場合

(1) 入院後

①患者の病状が安定し、病院担当者等が基準※に基づき「退院支援が必要な患者」と判断した場合、介護保険の申請について家族へ説明し、地域包括支援センター、在宅介護支援センターへ相談へ行くよう説明する。

家族が相談に行けない場合は代行で地域包括支援センターへ連絡し、介護サービス利用に関する契約の支援を行う。

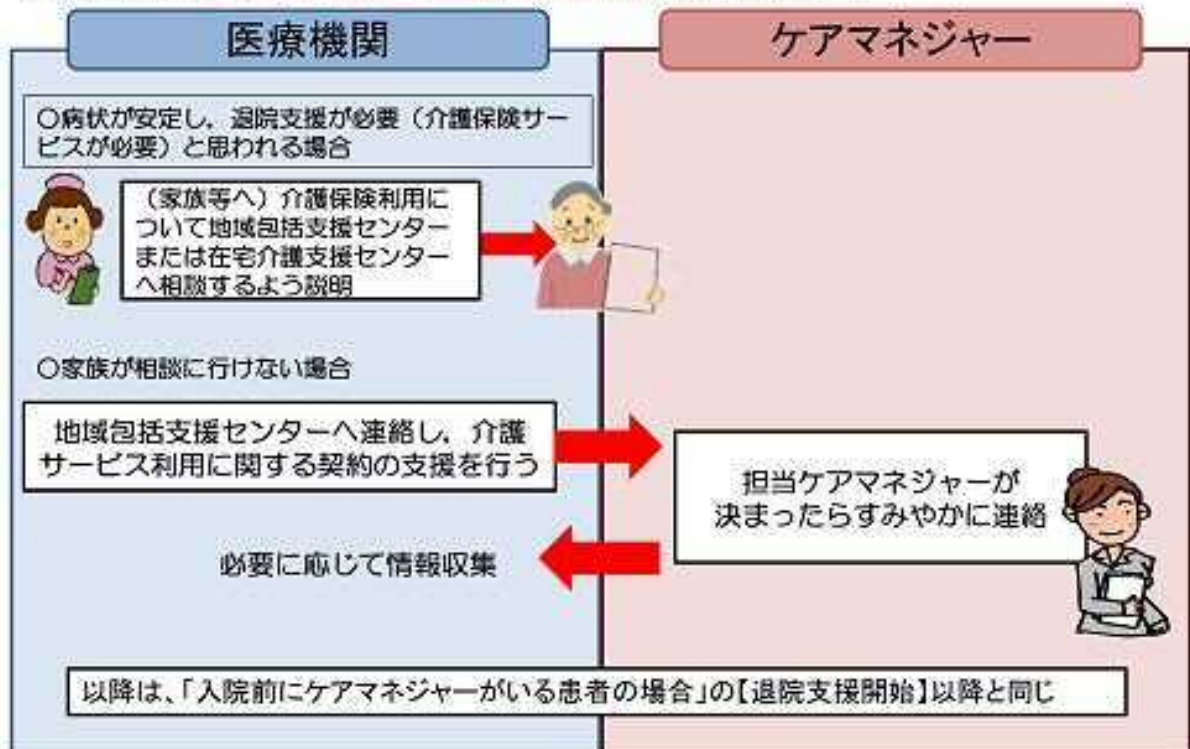
※退院支援が必要な患者の基準（介護保険申請の目安）

1. ADL（移動・移乗，食事，排泄，清潔など）に支援が必要
2. IADL（調理，掃除，洗濯，買い物など）に支援が必要
3. 認知症の周辺症状や全般的な理解の低下がある
4. ADLは自立でも，がん末期で介護保険サービス利用が必要
5. 新たな医療処置（経管栄養，吸引など）が追加された
6. その他患者の状況から判断して対象となると考えられる場合

②ケアマネジャーの決定

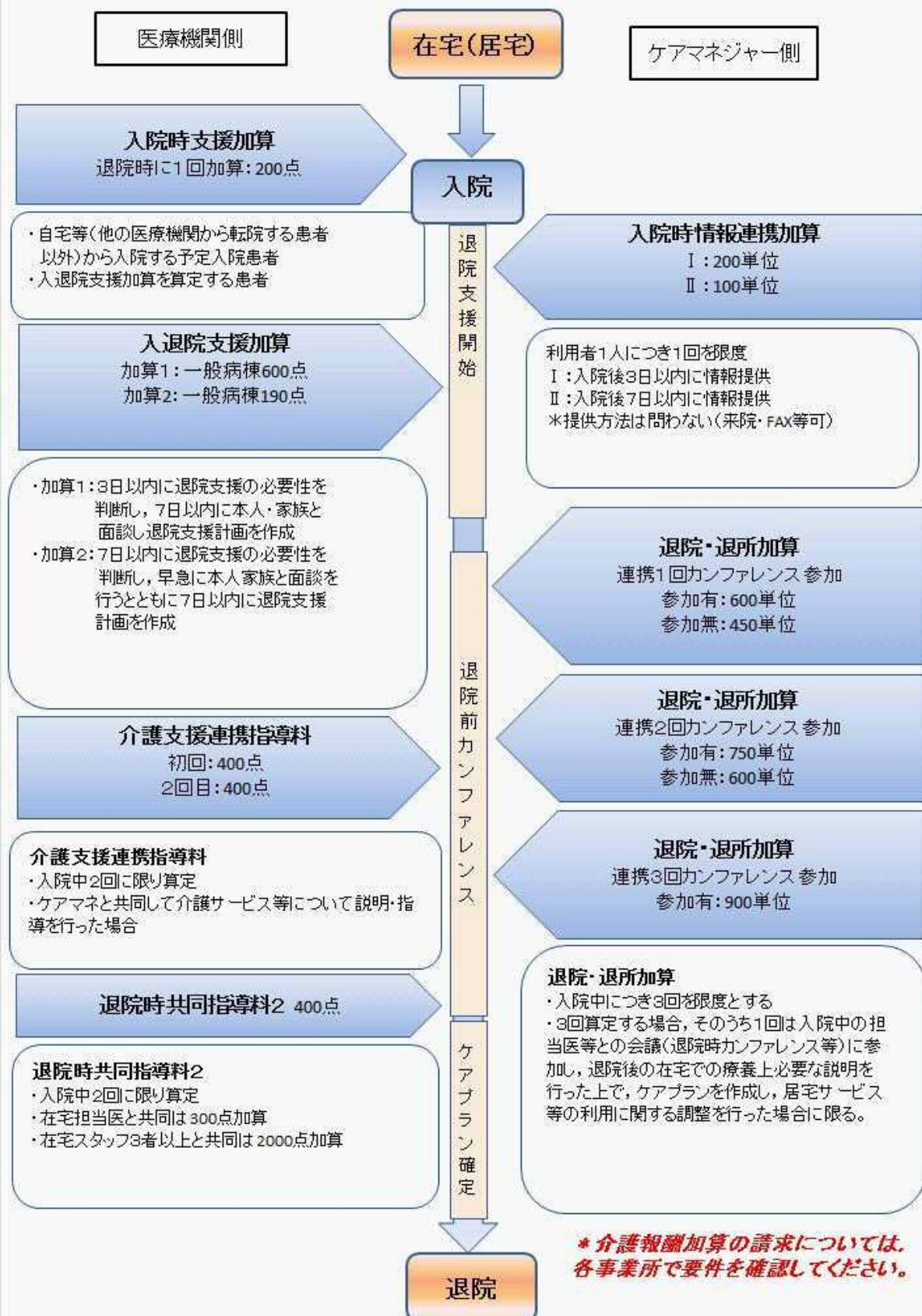
※以降の流れは，ケアマネジャーがいる場合の「(2) 退院に向けて」以降と同じ

入院前にケアマネジャーがない患者の場合



医療介護連携に係る主な診療報酬加算・介護報酬加算(平成30年4月現在)

＊算定にあたっては、各病院、各介護事業所で、算定要件や施設基準等を確認してください。



病院・有床診療所の窓口一覧

(R3.8月現在)

1 病院名		2 ケアマネとの退院調整を担当する部署			3 入院前に担当ケアマネが決まっている場合					4 入院時に担当ケアマネが決まっていない場合		
病院名	住所	①部署名	②電話番号	③FAX番号	①ケアマネからの「入院・入所時患者情報提供書」の持参先	②ケアマネからの「入院・入所時患者情報提供書」の送付先 (FAX・メール・郵便の送付先)	③ケアマネに電話連絡する部署(人)	④ケアマネとの面談の主体となる部署(人)	⑤ケアマネに退院日を連絡する部署(人)	①家族に、介護保険について説明をする部署(人)	②ケアマネとの契約について支援をする部署(人)	③契約後のケアマネと連絡を取る部署(人)
市比野記念病院	薩摩川内市樋脇町市比野3079	地域連携相談室	0996-38-1200	0996-38-0715 メール:ichihino- renkei@clock.ocn.n e.jp)	地域連携相談室	地域連携相談室 FAX:0996-38-0715 メール:ichihino- renkei@clock.ocn.ne.jp)	地域連携相談室 (羽有・濱田・青山)	地域連携相談室 (羽有・濱田・青山)	地域連携相談室 (羽有・濱田・青山)	地域連携相談室 (羽有・濱田・青山)	地域連携相談室 (羽有・濱田・青山)	地域連携相談室 (羽有・濱田・青山)
上村病院	薩摩川内市東開聞町9-22	連携室	0996-23-3185	0996-22-8251	連携室	連携室 FAX:0996-22-8251	連携室	連携室	連携室	連携室	連携室	連携室
済生会川内病院	薩摩川内市原田町2-46	医療連携室	0996-22-8979	0996-22-8977	病棟	病棟	医療連携室	医療連携室	医療連携室	医療連携室	医療連携室	医療連携室
川内市医師会立市民病院	薩摩川内市永利町4107	地域医療連携室	0996-22-1111 (代表電話)	0996-20-5847 (地域医療連携室)	地域医療連携室	地域医療連携室	地域医療連携室 (PFM)	地域医療連携室 (MSW)	地域医療連携室 (MSW)	地域医療連携室 (MSW)	地域医療連携室 (MSW)	地域医療連携室 (MSW)
高江記念病院	薩摩川内市永利町2504-1	地域医療連携室	0996-23-2100	0996-23-2211	地域医療連携室	地域医療連携室	地域医療連携室	地域医療連携室	地域医療連携室	地域医療連携室	地域医療連携室	地域医療連携室
新門リハビリテーション病院	薩摩川内市中郷1-7-6	病棟	0996-20-8222	0996-20-8225	病棟	病棟	病棟看護師	病棟看護師	病棟看護師	病棟	病棟	病棟
伊達病院	薩摩川内市神田町4-25	地域連携室	0996-23-7171	0996-23-8155	地域連携室	地域連携室	地域連携室	地域連携室	地域連携室	地域連携室	地域連携室	地域連携室
若松記念病院	薩摩川内市神田町11-20	地域医療連携室	0996-23-3291	0996-23-6681	地域医療連携室	地域医療連携室 FAX:0996-23-6681	地域医療連携室	地域医療連携室	地域医療連携室	地域医療連携室	地域医療連携室	地域医療連携室
おやまクリニック	薩摩川内市上川内町3303	病棟	0996-22-1101	0996-22-1112	病棟	病院あて FAX:0996-22-1112	病棟(担当看護師)	病棟(担当看護師)	病棟(担当看護師)	病棟(担当看護師)	病棟(担当看護師)	病棟(担当看護師)
永井病院	薩摩川内市大小路町21-5	連携室	0996-23-7178 (090-7468- 7009)	0996-23-7183	病院受付窓口	病院あて	連携室	連携室	連携室	連携室もしくは在介	連携室もしくは居宅 (長生園)	連携室もしくは居宅 (長生園)
森園病院	薩摩川内市大小路町19-38	地域医療連携室	0996-23-3125	0996-23-6081	地域連携室	FAX:0996-23-6081 地域 連携室	地域連携室	地域連携室	地域連携室	地域連携室	地域連携室	地域連携室
稲津病院	薩摩郡さつま町宮之城屋地1378	病棟	0996-52-3355	0996-53-3388	2F病棟ナースステーション	病院あて	病棟看護師	病棟看護師	病棟看護師	病棟看護師	病棟看護師	病棟看護師
宮之城病院	薩摩郡さつま町舟木34	相談室(PSW)	0996-53-0180	0996-53-0902	相談室	相談室	相談室(PSW)	相談室(PSW)	相談室(PSW)	相談室(PSW)	相談室(PSW)	相談室(PSW)
クオラリハビリテーション病院	薩摩郡さつま町舟木2311-6	地域医療連携室	0996-53-3811	0996-52-1112	地域医療連携室	地域医療連携室	地域医療連携室 (MSW・NS)	地域医療連携室 (MSW・NS)	地域医療連携室 (MSW・NS)	地域医療連携室 (MSW・NS)	地域医療連携室 (MSW・NS)	地域医療連携室 (MSW・NS)
薩摩郡医師会病院	薩摩郡さつま町轟町510	地域連携室	0996-53-0326	0996-52-1639	2F日高真奈美 3F大平利恵	地域連携室	2F日高真奈美 3F大平利恵	2F日高真奈美 3F大平利恵	2F日高真奈美 3F大平利恵	2F日高真奈美 3F大平利恵	2F日高真奈美 3F大平利恵	2F日高真奈美 3F大平利恵

居宅介護支援事業所一覧

(R3.8月現在)

事業所名	郵便番号	住所	電話	FAX番号
在宅介護支援センターはまかぜ園	899-1801	薩摩川内市西方町3111	0996-28-1031	0996-28-1366
介護サービスセンター水引 居宅介護支援事業所てるてる	899-1925	薩摩川内市網津町4915-1	0996-31-2884	0996-31-2887
居宅介護支援事業所 笑ふる(えみふる)	899-1921	薩摩川内市水引町3415-3	0996-26-3220	0996-41-3075
在宅介護支援センター福和園	895-0061	薩摩川内市御陵下町29-50	0996-20-1037	0996-25-1195
介護相談所とうみ	895-0066	薩摩川内市五代町7165-2	0996-21-1818	0996-26-0201
可愛会居宅介護支援事業所	895-0065	薩摩川内市宮内町2641	0996-27-6280	0996-27-0280
ケアネット徳洲会鹿児島川内ケアプランセンター	895-0065	薩摩川内市宮内町2026-2	0996-22-2002	0996-22-3228
あおぞら	895-0064	薩摩川内市花木町14-25	0996-22-5853	0996-22-4908
川内市医師会居宅介護支援事業所	895-0076	薩摩川内市大小路町70-26	0996-23-3311	0996-23-3680
在宅介護支援センター長生園	895-0076	薩摩川内市大小路町51-3	0996-21-1250	0996-21-1264
森園病院	895-0076	薩摩川内市大小路町19-38	0996-27-1377	0996-23-6081
済生会居宅介護支援事業所せんだい	895-0074	薩摩川内市原田町2-46	0996-25-5600	0996-25-5601
コープ介護支援センター川内	895-0072	薩摩川内市中郷一丁目10-24	0996-22-8023	0996-22-8130
新門整形外科居宅介護支援事業所	895-0072	薩摩川内市中郷一丁目8-17	0996-29-5663	0996-29-5664
@(あっと)居宅介護支援事業所	895-0072	薩摩川内市中郷町4620-1 パーティ102号	0996-29-3993	0996-22-4254
在宅介護支援センターわかまつ園	895-0131	薩摩川内市高江町1653-1	0996-25-2690	0996-25-2368
居宅介護支援事業所 蔵の家	895-0055	薩摩川内市西開聞町12-2	0996-29-5802	0996-29-5802
居宅介護支援事業所 美里園	895-0056	薩摩川内市宮里町397-1	0996-21-1234	0996-22-8838
在宅介護支援センターあじさい	895-0023	薩摩川内市横馬場町6-15	0996-25-2225	0996-22-7769
居宅介護支援事業所 薩摩川内	895-0006	薩摩川内市田崎町630-3	0996-21-1515	0996-21-1501
在宅介護支援センター幸せの里	895-0005	薩摩川内市永利町4311-5	0996-27-1120	0996-27-2499
居宅介護支援事業所ピア	895-0005	薩摩川内市永利町1036-1	0996-20-7848	0996-20-7966
介護相談センター 大海	895-0013	薩摩川内市宮崎町2996-1	0996-20-1563	0996-20-1231
ケアプランセンター花鳥風月	895-0042	薩摩川内市中福良町2840-1	0996-27-7488	0996-20-0855
在宅介護支援センター白寿園	895-0042	薩摩川内市中福良町2827-1	0996-26-1880	0996-26-1881
居宅介護支援事業所やしの実	895-0031	薩摩川内市勝目町4174-1	0996-25-8155	0996-25-8416
市比野記念病院	895-1203	薩摩川内市樋脇町市比野3079	0996-38-1200	0996-38-0715
松清園居宅介護支援事業所	895-1402	薩摩川内市入来町浦之名790-1	0996-44-5088	0996-44-5388
とうごう苑在宅介護支援センター	895-1106	薩摩川内市東郷町斧淵2501	0996-42-2102	0996-42-2105
のぞみ園在宅介護支援センター居宅介護支援事業所	895-1502	薩摩川内市祁答院町藺牟田2153-1	0996-56-0332	0996-56-0356
居宅介護支援事業所おおむら園	895-1503	薩摩川内市祁答院町上手500-7	0996-55-1177	0996-55-0321

事業所名	郵便番号	住所	電話	FAX番号
薩摩川内市社会福祉協議会上甑支所居宅介護支援事業所	896-1101	薩摩川内市里町里1900-2	(09969)-3-2880	(09969)-3-2170
薩摩川内市社会福祉協議会下甑支所居宅介護支援事業所	896-1411	薩摩川内市下甑町長浜1185-2	(09969)-5-1751	(09969)-5-1788
グレースホーム居宅介護支援事業所	895-1106	薩摩川内市東郷町斧淵8920	0996-21-6312	0996-21-6313
居宅介護支援事業所大笑い	895-0012	薩摩川内市平佐町1872	0996-23-2811	0996-29-5311
パラディーノ ほたるの里	895-2104	薩摩郡さつま町柏原493-5	0996-53-1008	0996-53-1007
介護相談所 クオラさつま	895-1804	薩摩郡さつま町舟木2311-6	0996-52-3814	0996-52-3891
さつま町居宅介護支援事業所	895-1803	薩摩郡さつま町宮之城屋地2117-1	0996-52-1866	0996-52-0448
アルテンハイム鶴宮園居宅介護支援センター	895-2103	薩摩郡さつま町紫尾4088-1	0996-59-8081	0996-59-8082
居宅介護支援事業所 さつま園	895-2201	薩摩郡さつま町求名13341-1	0996-57-0087	0996-57-1994
稲津病院居宅介護支援事業所	895-1803	薩摩郡さつま町宮之城屋地1378	0996-52-3355	0996-52-0126

地域包括支援センター一覧

施設等名称	郵便番号	住所	電話	FAX番号
薩摩川内市地域包括支援センター	895-0005	薩摩川内市永利町4107番地1	0996-24-3331	0996-24-3332
さつま町地域包括支援センター	895-1803	薩摩郡さつま町宮之城屋地2030	0996-52-4690	0996-52-4691

入院・入所時患者情報提供書 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			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	
入院時の要介護度	<input type="checkbox"/> 要支援 () <input type="checkbox"/> 要介護 () <input type="checkbox"/> 申請中					
	認定日	年	月	日	有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日
サービス利用状況	<input type="checkbox"/> 訪問介護 (/週) <input type="checkbox"/> 訪問リハ (/週) <input type="checkbox"/> 訪問看護 (/週)					
	<input type="checkbox"/> 通所介護 (/週) <input type="checkbox"/> 通所リハ (2/週) <input type="checkbox"/> 短期入所					
	<input type="checkbox"/> 福祉用具 (シャワーチェア) <input type="checkbox"/> 給食 <input type="checkbox"/> その他 ()					
住環境 ※可能ならば写真などを添付	<input type="checkbox"/> 一戸建て (<input type="checkbox"/> 持ち家 <input type="checkbox"/> 借家 <input type="checkbox"/> 集合住宅 (階居住) エレベーター <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有					
	<input type="checkbox"/> 段差 (<input type="checkbox"/> 室内 <input type="checkbox"/> 玄関) <input type="checkbox"/> その他 ()					
	<input type="checkbox"/> 手すり (<input type="checkbox"/> 廊下 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> 浴室)					
社会資源	<input type="checkbox"/> 特定疾患 () <input type="checkbox"/> 障害者手帳 (種 級) <input type="checkbox"/> 重心医療助成					
年金などの種類	<input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 共済年金 <input type="checkbox"/> 障害年金					
	<input type="checkbox"/> 生活保護 (担当者:) <input type="checkbox"/> その他 ()					
キーパーソン (代理決定者)	氏名		家族構成			
	続柄	年齢 () 才				
介護力	<input type="checkbox"/> 主介護者がいる <input type="checkbox"/> 主介護者がいない					
	氏名 ()					
	続柄 () 年齢 () 才					
	<input type="checkbox"/> 主介護者をサポートできる人がいる					
本人の生活歴 (職業歴含む)	氏名 () 続柄 ()					
	<input type="checkbox"/> 主介護者をサポートできる人がいない					
楽しみ過ごし方						
嗜好	喫煙 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (本/日)			飲酒 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (合/日)		

2. 本人・家族の意向

入院前の本人の意向	
入院前の家族の意向 (特に生活について)	

3. 医療情報

既往歴						
入院歴	<input type="checkbox"/> 頻度は高い/繰り返している <input type="checkbox"/> 頻度は低いが、これまでもある <input type="checkbox"/> 今回が初めて					
医療管理 <input type="checkbox"/> 無	<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"/> 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"/> 透析
	<input type="checkbox"/> 点滴		<input type="checkbox"/> C・Vポート	<input type="checkbox"/> 気管切開	<input type="checkbox"/> 人工呼吸器	<input type="checkbox"/> ペースメーカー
	<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 ()	
かかりつけ医療機関名			電話番号			

4. その他(気になること等)

--

居宅介護支援事業所名		電話番号	
担当ケアマネジャー(フリガナ)		FAX番号	

入院・入所時患者情報提供書 No.2

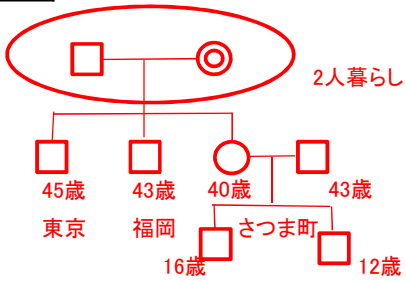
患者氏名:

項目	入院前の状況	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	
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"/> 手を貸してもらする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	
	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"/> 手を貸してもらする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	
	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	
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	
	食事回数 ()回/1日 ・朝()時頃・昼()時頃・夕()時頃	
	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	
	管理 <input type="checkbox"/> 自己管理 <input type="checkbox"/> 他者による管理()	
	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	
⑤排泄	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	
	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	
	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"/> 体を洗ってもらするなど一部介助を要する <input type="checkbox"/> 全介助	
⑥清潔・整容	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"/> 顔を洗ってもらする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	
	髭剃り <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"/> 髭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	
	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	
⑦口腔管理	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	
	義歯管理 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助	
	⑧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	
	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	

入院・入所時患者情報提供書 No.1

1. 基本情報

記入日: 2018 年 8 月 10 日

氏名	(フリガナ) まるまる まるまる 〇〇 〇〇	年齢	73 才	性別	男・女 女	
		生年月日	1945 年 9 月 4 日			
住所	鹿児島県薩摩郡さつま町船木2315番地1	電話番号	0996-90-1111			
	電話番号	障害高齢者の日常生活自立度	A2	認知症高齢者の日常生活自立度	I	
入院時の要介護度	<input type="checkbox"/> 要支援 () <input checked="" type="checkbox"/> 要介護 (1) <input type="checkbox"/> 申請中					
	認定日	2018 年 4 月 20 日	有効期間	2018 年 5 月 1 日 ~ 2019 年 4 月 30 日		
サービス利用状況	<input type="checkbox"/> 訪問介護 (/週) <input type="checkbox"/> 訪問リハ (/週) <input type="checkbox"/> 訪問看護 (/週) <input type="checkbox"/> 通所介護 (/週) <input checked="" type="checkbox"/> 通所リハ (2/週) <input type="checkbox"/> 短期入所 <input checked="" type="checkbox"/> 福祉用具 (シャワーチェア) <input type="checkbox"/> 給食 <input type="checkbox"/> その他 ()					
住環境 ※可能ならば 写真などを添付	<input checked="" type="checkbox"/> 一戸建て (<input checked="" type="checkbox"/> 持ち家 <input type="checkbox"/> 借家 <input type="checkbox"/> 集合住宅 (階居住) エレベーター <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 段差 (<input type="checkbox"/> 室内 <input checked="" type="checkbox"/> 玄関) <input type="checkbox"/> その他 () <input checked="" type="checkbox"/> 手すり (<input type="checkbox"/> 廊下 <input checked="" type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> 浴室)					
社会資源	<input type="checkbox"/> 特定疾患 () <input type="checkbox"/> 障害者手帳 (種 級) <input type="checkbox"/> 重心医療助成					
年金などの種類	<input checked="" type="checkbox"/> 国民年金 <input checked="" type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 共済年金 <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 生活保護(担当者:) <input type="checkbox"/> その他 ()					
キーパーソン (代理決定者)	氏名 〇〇 〇〇	家族構成 				
	続柄 夫 年齢(72)才 電話番号 0996-90-1111					
介護力	<input checked="" type="checkbox"/> 主介護者がいる <input type="checkbox"/> 主介護者がいない 氏名(〇〇 〇〇) 続柄(夫) 年齢(72)才 <input checked="" type="checkbox"/> 主介護者をサポートできる人がいる 氏名(△△ △△) 続柄(長女) <input type="checkbox"/> 主介護者をサポートできない人がいない					
本人の生活歴 (職業歴含む)	高校卒業後、町役場に就職。職種は事務職。同じ職場の同僚と26歳で結婚。結婚後は専業主婦で、3人の子どもの子育てを終え、主婦業を行いながら、地域の婦人会、現在は老人会でボランティア活動を行ったり、旅行に出かけたりしていた。趣味では畑で家族が食べる分の野菜を家庭栽培していた。					
楽しみ 過ごし方	庭での花の手入れが何より楽しい。老人会で友人と話したり、旅行に出かけることが楽しみ。生まれ育った地域に役立てることが嬉しいので、ボランティア活動もやりがいがある。					
嗜好	喫煙 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (本/日)	飲酒 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (本/日)				

2. 本人・家族の意向

入院前の本人の意向	地域への参加も楽しみにしているが、今後は子育ても終わったので夫とともに旅行に行きたいと思っている。1回脳梗塞をしてから、老人会への参加が以前より少なくなったので、何かに役に立つ仕事ができたら良い。
入院前の家族の意向 (特に生活について)	介護にはそこまで困っていないが、入浴に困っていて通所リハビリで入浴の機会を利用している。ボランティアの参加が以前のようにできなくなったので、通所リハビリで友人をつくって話ができたら良いと思っている。まだ自分達は若いと思っているので自分の楽しみを持ってほしい。

3. 医療情報

既往歴	平成27年4月(70歳) アテローム血栓性脳梗塞にて〇〇病院へ入院。右不全片麻痺、生活動作への影響は少なく杖歩行レベルまで改善し平成30年8月に自宅へ退院。65歳頃より糖尿病を指摘され、自宅近くのクリニックに通院している。食事・内服治療が主。				
入院歴	<input type="checkbox"/> 頻度は高い/繰り返している <input checked="" type="checkbox"/> 頻度は低いが、これまでもある <input type="checkbox"/> 今回が初めて				
医療管理	<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"/> 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"/> 透析 <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> C・Vポート <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> ペースメーカー <input checked="" type="checkbox"/> 排便コントロール <input type="checkbox"/> 疼痛コントロール <input checked="" type="checkbox"/> 血糖コントロール <input type="checkbox"/> 自己注射 () <input type="checkbox"/> その他 ()				
	かかりつけ医療機関名	〇〇クリニック(糖尿病)	電話番号	0996-12-3456	

4. その他(気になること等)

今脳梗塞の再発なので、入院前のように自分のことができなくなるのではないかと心配しています。

居宅介護支援事業所名	〇〇〇事業所	電話番号	1234-56-7890
担当ケアマネジャー(フリガナ)	クオラ 花子 (クオラ ハナコ)	FAX番号	1234-56-7800

入院・入所時患者情報提供書 No.2

患者氏名: ○○ ○○

項目	入院前の状況	支援内容
①意思疎通	<input type="checkbox"/> 不可 <input checked="" type="checkbox"/> 会話 <input type="checkbox"/> 筆談 <input type="checkbox"/> ジェスチャー <input type="checkbox"/> その他	
②基本動作	室内移動 <input checked="" 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	②屋外は舗装されていない道はゆっくりと歩くため時間はかかるが主として杖歩行で移動が可能。 ④1回目の脳梗塞後より内服は1包化にて自己管理しており、袋の開封可能。 ⑤トイレ内はL字型の手すりを設置しており、手すりを使用しながら下衣操作は自己にて可能。 ⑥自宅での入浴は介護者である夫の不安もあり、通所リハビリ時に入浴サービスを受けている。
	移動手段 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 装具 <input checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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		
座位保持 <input checked="" 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		
③食事	食事動作 <input checked="" 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	
	食事回数 (3)回/1日 ・朝(7)時頃・昼(12)時頃・夕(19)時頃	
	食事形態 <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
	食器 <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 有	
	管理 <input checked="" type="checkbox"/> 自己管理 <input type="checkbox"/> 他者による管理()	
	服薬状況 <input checked="" 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	
⑤排泄	排泄動作 <input checked="" 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 checked="" 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	
	夜間 <input checked="" 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	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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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	
	髭剃り <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"/> 髭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	
⑦口腔管理	口腔ケア <input checked="" 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 checked="" 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	
	義歯管理 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助	
⑧更衣	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良	
	睡眠時間 23 時 ~ 6 時	
	眠剤使用 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 定期 <input type="checkbox"/> 頓服)	
	いびき等 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	

退院時患者情報提供書の記載について

I. 「退院後の課題」について

1. 身体面、精神面、社会面、環境面について、課題が無い場合は□無を■にする。
2. 各課題については、課題となるものだけに■をつけ、そのことについて何が課題なのかを右欄「内容」に記載する。

例)

1) 医療管理について

「3. 医療情報」の■医療管理 ■血糖コントロールの場合でも、特に問題がなければ、
「4. 退院後の課題」の □身体面 □医療管理 □血糖 はチェックしない。

2) ADL支援について

「入院時患者情報提供書 No.2」の②基本動作③食事④内容⑤排泄⑥清潔・整容⑦更衣に
関して支援内容があったとしても、サービスや介助者により、支援がスムーズに行われて
いれば、「4. 退院後の課題」 □身体面 □ADL支援 はチェックしない。

II. 「退院時患者情報提供書 No.2」について

1. 退院時の状況を記載後、入院前から変化した項目を■にする。
また、その項目については、改善の可能性について有無のいずれかを■にする。
2. 支援内容については、①～⑧の番号に続き、内容を記載する。
3. 支援内容の欄はフリースペースにしてあるが、読みやすいように項目の近くに記載する。

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

医師の説明		病気・障害・後遺症	病名の告知
			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 病名 :
方受病け気とのめ	本人		
	家族		
退に院開後するの生生活活向	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"/> 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 ()
<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> CV・ポート <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> ペースメーカー <input type="checkbox"/>		

4. 退院後の課題

身体面	課題	内容
<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	
<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	
<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	
<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 <input type="checkbox"/> 有
	<input type="checkbox"/> 次回受診日 月 日 退院処方 <input type="checkbox"/> 有 (日分) <input type="checkbox"/> 無		

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			
③食事	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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	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			
	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			
	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			
④内服	とろみ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	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			
	内服薬 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有			
	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			
	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			
⑥清潔・整容	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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	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	髭剃り <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"/> 髭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			
	義歯管理 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助			
⑧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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
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			

退院時患者情報提供書 No.1

1. 基本情報

記入日: 2018年 10月 12日

氏名	(フリガナ) まるまる まるまる 〇〇 〇〇	年齢	74 才	性別	男・ 女
住所	鹿児島県薩摩郡さつま町船木2315番地1	生年月日	1945 年 9 月 4 日	氏名: □□ □□	電話番号
電話番号	0996-90-1111	キーパーソン (代理決定者)	続柄: 長女	0996-10-0000	
退院時の要介護度	<input type="checkbox"/> 要支援 () <input checked="" type="checkbox"/> 要介護 (3) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 区分変更中	障害高齢者の日常生活自立度	B1	認知症高齢者の日常生活自立度	II a
有効期間	2018年 10月 1日 ~ 2019年 9月 30日	社会資源	障害者手帳: <input checked="" type="checkbox"/> 有 (3 種 級) <input type="checkbox"/> 無 その他: ()		
		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		今回は再梗塞を起こして前の脳梗塞より広範囲に起きているので、右手足の動きが悪くなっています。リハビリを重点的に行っていますが、前のように杖歩行は難しいかもしれません。目標は車椅子自立レベルです。	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 病名:
受病け 気とめ 方	本人	また脳梗塞が起きてしまった。前に1回脳梗塞をした時は生活にそこまで困らなかったけど、今回は元の生活に戻れるから心配。早く家に帰れる様にして欲しい。	
	家族	今回は前よりひどいようだ。車椅子かもしれないと医師は言ってたけど、どのような状態になるのかイメージができない。元のようになればいいが...	
退院 後の 生活 意向	本人	できれば杖でもいいので歩けるようになりたい。夫には迷惑をかけたくない。外に出かけることができれば良い。	
	家族	できるだけ本人のためにも身の回りのことが自分でできるようになって欲しい。一緒に旅行ができればと話していた。もし車椅子でも一緒に出掛けることができれば良い。自分は今仕事もしていないので、できることはやっていきたい。前のように入浴だけはサービスを使って自宅で過ごせたら良い。	

3. 医療情報

感染症	<input type="checkbox"/> 有 ()	アレルギー	<input type="checkbox"/> 有 () <input checked="" type="checkbox"/> 無
入院原因疾患	アテローム血栓性脳梗塞(再発)	入院期間	2018年 8月 8日 ~ 2018年 12月 12日
治療経過	8月8日自宅にて右手の脱力感があり、かかりつけのクリニックを受診。右足の脱力感も出現し、当院へ紹介受診。頭部MRIの結果アテローム血栓性脳梗塞再発と診断され、加療目的にて同日入院。右弛緩性片麻痺あり。装具着用にて歩行訓練実施。歩行付き添いレベルまで改善するが、日常生活は車椅子レベル。		既往歴 1992年 子宮筋腫 2010年 糖尿病 2018年4月 脳梗塞
機能障害	<input type="checkbox"/> 四肢欠損 <input checked="" 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) 退院時の時点で糖尿病コントロール良好だが、高脂血症もあり食事療法や内服が確実に行えないと糖尿病が悪化、再梗塞を起こすリスクがあります。運動量も以前より低下しているため活動範囲が狭くなり、筋力が低下していく可能性があります。再発予防目的で栄養管理や内服管理、自宅でできる簡単なリハビリなど活動性を落とさないように本人と夫へ指導しています。当院外来で月1回フォローしていきます。		
医療管理	内容	管理状況	内容
	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 経鼻胃管 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 胃瘻・腸瘻 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 創傷処置 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 褥瘡処置 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 尿道カテーテル <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 腎瘻・膀胱瘻 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 尿路ストーマ <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 消化管ストーマ <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他 <input checked="" type="checkbox"/> 排便コントロール <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 疼痛コントロール <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他 <input checked="" type="checkbox"/> 血糖コントロール <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 自己注射 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> その他 ()
			<input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> CV・ポート <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> ペースメーカー <input type="checkbox"/>

4. 退院後の課題

	課題	内容
身体面 <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 医療管理 <input type="checkbox"/> 疼痛 <input type="checkbox"/> 内服 <input type="checkbox"/> 血圧 <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> リハビリの継続 <input type="checkbox"/> その他	入院時より体重は3kg減少みられているが、まだ退院時BMI 26.3(標準:22)と高値。現在体重64kg(身長156cm)だが目標体重を60kgとしている。元々甘いものが好きで間食の習慣があったため、退院後も間食の制限や体重コントロールが必要。
精神面 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> コミュニケーション支援 <input checked="" 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	再梗塞を起こし、前の脳梗塞の時より麻痺が強いため、ショックが強く、できる部分を活かして前向きに生活できるように話相手となり精神的フォローを行ってきたが、受容が完全にできていないため、精神的フォローが今後も必要である。
社会面 <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> IADL支援 <input type="checkbox"/> 就労支援 <input checked="" type="checkbox"/> 社会参加支援 <input type="checkbox"/> その他	主婦の役割として、洗濯や掃除などは非麻痺側を使用して自分でできるように訓練した。今回調理が困難となったため、昼食は給食サービスを利用し、朝夕は夫が調理をするようになるため、調理状況や困りがないかを確認していく必要がある。近隣は車椅子での外出が可能だが、買い物などの外出の移動手段は夫の運転する車が主となる。また、ボランティアへの参加意欲はあるが、車椅子では自分で地域への参加が自由にできず、参加の機会が減ることが予測されるため、地域参加できているか確認が必要。
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 checked="" type="checkbox"/> 介護力 <input type="checkbox"/> 家族間の関係性 <input type="checkbox"/> その他	夫は献身的で妻の介護に積極的だが、介護の負担が一人にかかり過ぎないように、相談相手として同町に住む長女との関わりを援助していく。

5. 退院後通院先

退院後通院先	<input checked="" type="checkbox"/> 当院 <input type="checkbox"/> 当院以外の医療機関 () <input checked="" type="checkbox"/> 次回受診日 12月 26日 退院処方 <input checked="" type="checkbox"/> 有 (14 日分) <input type="checkbox"/> 無	通院の予定	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有
--------	--	-------	---

医療機関名	クオラリハビリテーション病院	電話番号	0996-53-1704
記入者(フリガナ)	〇〇 〇子 (△△△ △△△)	FAX番号	0996-53-1704

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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	②屋内外共に、主たる移動手段は車椅子であるが、屋内は右下肢装具着用し、杖歩行介助で可能。屋外は平坦な道であれば杖歩行介助で可能。右足の尖足、足関節拘縮予防のため、他動的に足関節の背屈運動を行うように夫へ指導。 ベッド柵や背もたれがあれば座位保持は可能。 週2回の通所リハビリで機能低下を予防。
	移動手段 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無		
③食事	食事動作 <input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	③嚥下状態は入院前と不変。利き手は右手であり、左手で摂取しているため時間はかかるが自己摂取可能。初めは変形皿で摂取していたが、普通食器に移行し摂取可能。特殊箸(ばね箸)はまだ練習中であるため、今後も練習を継続すれば、使用可能。
	食事形態 <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有			
	食器 <input type="checkbox"/> 箸 <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 有	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	④1日配薬で日付や時間は間違いなく理解できており、薬包も自己開封できるが、たまに袋の中に1錠残っていることがある。開封時にこぼす可能性もあるため、夫による内服確認が必要。
	管理 <input type="checkbox"/> 自己管理 <input checked="" type="checkbox"/> 他者による管理()			
⑤排泄	排泄動作 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 全介助 <input checked="" 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	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	⑤排泄動作はL字型手すりにもたれて下衣操作も可能。日中はトイレに行って排泄可能だが、夜間にトイレまで移動しては間に合わないことがあるため、ベッドサイドにポータブルトイレを置いて自己にて排泄予定。
	日中 <input checked="" 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			
	夜間 <input checked="" 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	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 checked="" 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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	⑥自宅での入浴は介護者である夫の不安もあり、入院前と同様に通所リハビリ時に入浴サービスを受ける予定。整容は時間はかかるが自己にて可能。
	入浴方法 <input type="checkbox"/> 特殊浴 <input checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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			
	髭剃り <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"/> 髭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			
⑦口腔管理	口腔ケア <input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" 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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	義歯 <input checked="" 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			
	義歯管理 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助			
⑧更衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" 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	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	⑦麻痺側も非麻痺側を使って袖通しが可能。ボタンかけも時間はかかるが自己にて可能。
⑨睡眠	睡眠状態 <input checked="" type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	睡眠時間 (22) 時 ~ (6) 時			
	眠剤使用 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 定期 <input type="checkbox"/> 頓服)			
	いびき等 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有			