|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 県中医療圏　退院調整ルール　標準様式 | | | | | | | | （ワクチン接種項目有り） | | | | | | | 記入年月日 　　　　年　　　月　　　日 | | | | | |
| **入院時情報提供シート** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所名 |  | | | | | | | | | | | | | 担 当 者 名 | | |  | | | | |
| 電話番号 |  | | | | | | | | | | | | ＦＡＸ番号 |  | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| フリガナ |  | | | | | | | | | 生年月日 | | | 明　 昭  　　年　　月　　日  大　 平 　　　　　　　　　　　　（　　　　　歳） | | | | | | 性　別 | 男　　女 | |
| 氏　名 |  | | | | | | | | |
| 緊急時連絡先（優先順位） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1  2  3 | 氏 　名 | | | | | 住　　 所 | | | | | | | | 続 柄 | | 電話番号 | | | | 連絡がつきやすい時間帯 | |
|  | | | | |  | | | | | | | |  | |  | | | |  | |
|  | | | | |  | | | | | | | |  | |  | | | |  | |
|  | | | | |  | | | | | | | |  | |  | | | |  | |
| 現病歴 |  | | | | | | | | | | | | 既往歴 |  | | | | | | | |
| 家族構成図 | | | | | | 住　環　境 | | | 一戸建　　 集合住宅　（　　 　階建て　　 　階）　　　エレベーター（ 有 　無 ） | | | | | | | | | | | | |
| 住環境上の問題（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ） | | | | | | | | | | | | |
| 本人（回男性　◎女性）  主･･主介護者 ☆･･キーパーソン  ○・・女性  □･･男性 | | | | | | 在宅主治医 | | | 医療機関名 | | |  | | | | 主治医名 | |  | | |
| ＴＥＬ | | |  | | | |  | | |
| 医療機関名 | | |  | | | | 主治医名 | |  | | |
| ＴＥＬ | | |  | | | |  | | |
| 要介護度 | | | 申請中　　　 区分変更中（　　 月　 　日） | | | | | | | | | | | | |
| 要支援　 １　　 ２　　　要介護　 １　　 ２　　 ３　　 ４　　 ５ | | | | | | | | | | | | |
| 介護保険認定有効期間 | | | | | 年　　　　　月　　　　　日　～　　　　　　年　　　　　月　　　　　日 | | | | | | | | | | |
| サービス利用状況 | 訪問介護（ 　 回/週） 　　  訪問看護( 　 　 回/週） | | | | | | | | | | | | | |
| 通所介護（ 　回/週）  訪問入浴（ 　回/週） | | | | | | | | | | | | | |
| 通所リハビリ（ 　 　/週） 訪問リハビリ（ 　 回/週） 短期入所（ 　 回/週） | | | | | | | | | | | | | | |
| 福祉用具貸与（内容：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | |
| その他（　 　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　） | | | | | | | | | | | | | | |
| ＡＤＬ等 | 自立 | 見守り | 一部 介助 | 全　　介助 | | 要支援は必要事項のみ記入 | | | | | | | | | | | | | | |
| 移動 |  |  |  |  | | 車いす ・ 杖使用 ・ 歩行器使用 ・ 装具、補助具使用 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 移乗 |  |  |  |  | | 床からの立ち上がり（ 可 ・ 不可） | | | | | | | | | | | | | | | |
| 口腔清潔 |  |  |  |  | | 義歯 ： 無 ・ 有 （ 上 ・ 下 ）　　 部分入歯 ： 無 ・ 有 （部位　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | |
| 食事 |  |  |  |  | | 普通食　・　治療食　（ 　　　　　　Kcal）　 糖尿病食 　高血圧食　 腎臓病食  経管栄養　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） その他（　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | |
| 主食　： 米飯　・ 粥 （ 全 ・ 五分）　・ ミキサー（平均摂取量　　 割程度） | | | | | | | | | | | | | | | |
| 副食　： 通常 ・  一口大 ・ 刻み ・ 極小刻み ・ ミキサー（ とろみ付 ： 無 ・ 有 ）  （平均摂取量　　 割程度） | | | | | | | | | | | | | | | |
| 水分摂取 ： （1日　　　　ｍｌ）　　 制限 ： 無 ・ 有（１日　　　　ｍｌ）　 ・ とろみ剤使用 ： 無 ・ 有  嚥下障害 ： 無 ・ 有 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 更衣 |  |  |  |  | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 入浴 |  |  |  |  | | 浴室の有無 ： 有 ・ 無  入浴制限 ： 無 ・ 有（ シャワー浴 ・ 清拭 ・ その他（　 　　　　　 　　　 　　　　）） | | | | | | | | | | | | | | | |
| 排泄 |  |  |  |  | | 場所 ： トイレ ・ ポータブル ・ 尿器 ・ オムツ | | | | | | | | | | | | | | | |
| 療養上の問題  服薬管理 |  |  |  |  | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 療養上の問題 | 無　　・　　有　(幻視 ・ 幻聴 ・ 興奮 ・ 不穏 ・ 妄想 ・ 暴力 ・ 介護への抵抗 ・ 昼夜逆転  不眠 ・ 徘徊 ・ 不潔行為 ・ 危険行為 ・ 意思疎通困難 ・ その他（　　　　　　　　　　　　　　　　）） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 認知症の症状（ 無 ・ 有 ）　 うつ傾向（ 無 ・ 有 ）　 聴覚障害（ 無 ・ 有 ）　 視覚障害（ 無 ・ 有 ） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 医療処置 | 無　　・　　有　　①内容 ： バルンカテーテル ・ ストマ ・ インスリン ・ 喀痰吸引 ・ 胃ろう ・ じょくそう  気管切開 ・ 在宅酸素 ・ その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ②方法（誰が行う） ： 本人 ・ 訪問看護 ・ 家族（具体的には誰　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 経済状況 | 年金 ・ 生活保護 ・ その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 金銭管理 ： 本人 ・ その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 世帯構成 | 独居 ・ 高齢者夫婦世帯 ・ その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　／ キーパーソン（　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 介護力 | 介護力が見込める（ 十分 ・ 一部 ）　　　介護力は見込めない　　　家族や支援者はいない | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 主介護者（　　　　　　　　　　　）　 主介護者以外の支援者（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 介護の指導（ 無 ・ 有 ）　 理解の状況 ： 十分 ・ 不十分：問題( ) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 新型コロナワクチン接種 | | | | | 接種有（　　　　　回）　　　　　　　 接種無 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| インフルエンザワクチン接種 | | | | | 接種有（　Ａ型　　　Ｂ型 ）　 接種無 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 連絡事項等（日中の生活・活動状況、在宅での目標、本人・家族の思いなど） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

**この情報を提供することについて、ご本人またはご家族から同意をいただいています。**