

# 退院時情報提供書

記入日： 年 月 日  
退院日： 年 月 日  
情報提供日： 年 月 日

事業所

医療機関名 ( )

医療機関名： \_\_\_\_\_

記載者名 \_\_\_\_\_

ご担当者名： \_\_\_\_\_

TEL： \_\_\_\_\_ FAX： \_\_\_\_\_

利用者(患者)/家族の同意に基づき、利用者情報(身体・生活機能など)の情報を送付します。

## 1.患者基本情報

患者氏名	(フリガナ)	年齢	歳	性別	***
		生年月日	***	年 月 日	生
住所	〒	電話番号			
住環境	住宅の種類 ( *** )、 __ 階建、エレベーター ( *** ) 特記事項 ( )		家族構成		
世帯構成	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> 子と同居 <input type="checkbox"/> その他 ( ) ※ <input type="checkbox"/> 日中独居		本人		
キーパーソン	様 (続柄 ) 連絡先：		配偶者( _ )歳		
主介護者氏名	様 (続柄 ) 連絡先：				
要介護度	*** 有効期間： 年 月 日 ~ 年 月 日 <input type="checkbox"/> 申請中 (申請日 年 月 日 ) <input type="checkbox"/> 区分変更 (申請日 年 月 日 ) <input type="checkbox"/> 未申請				
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	***				
介護保険の自己負担割合	<input type="checkbox"/> _ 割 <input type="checkbox"/> 不明		障害など認定	***	
年金などの種類	***				
医療保険	***				

## 2.本人・家族の生活に対する意向

本人の生活に対する意向	
家族の生活に対する意向	

## 3.疾病の状態

既往歴	現病歴および入院中の経過 (治療経過・医師からの I C 内容、患者・家族の受け止め方を記載)
アレルギー ***	感染症 ***
医療処置	<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"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 経腸栄養 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 尿道カテーテル <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 自己注射 ( ) <input type="checkbox"/> 痛みコントロール <input type="checkbox"/> その他 ( )
	処置での注意点

#### 4.身体・生活機能の状況

麻痺の状況		***	部位 ( )		
A D L	移動	***	移動(室内)	***	
	移乗	***	移動(屋外)	***	
	更衣	***			
	整容	***			
	入浴	***	***		
	食事	***			
食 事	食事回数	( )回/日 ( 朝: _ 時頃 昼: _ 時頃 夕: _ 時頃)		食事制限	***
	摂取方法	***		水分制限	***
	食事形態	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> きざみ <input type="checkbox"/> 嚥下困難食(学会基準) <input type="checkbox"/> ミキサー		水分とろみ	***
口 腔	嚥下機能	***	義歯	***	
	口腔清潔	***	<input type="checkbox"/> 臭	***	
排 泄	排尿	***	私ツ・リハ <sup>®</sup> ン・パッド <sup>®</sup>	***	
	排便	***	ポータブルトイレ	***	
睡眠の状態		***	眠剤の使用	***	
		夜間の特記事項:			
認知症の診断		***			
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"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 危険行為 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> その他 ( )			
リ ハ	リハビリ実施	***			
	活動制限	***			
褥 瘡	褥瘡	***	褥瘡評価	DESIGN-R ( )	
	リスク評価	*** ( )	使用マット		
	予防対策		経過		

#### 5.お薬について 《お薬手帳参照》

服薬管理	*** ( 退院後の管理者: )
服薬指導歴	*** (最終指導日: 年 月 日)
服薬状況	***
薬に関する特記事項	

#### 6.かかりつけ医について

かかりつけ医療機関名		電話番号	
医師名		診療方法	<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 訪問診療 頻度: 回/月
かかりつけ歯科		電話番号	
かかりつけ薬局		電話番号	

「釜石・大槌地域医療介護福祉多職種連携の会」(OKスクラムねっと) 作成 平成30年10月