

< 退院連携事前情報提供書 >

| | | | |
|------------------------|---|------------|---|
| ■情報提供医療機関 | | ■受理医療機関・施設 | |
| ■患者氏名 | ふりがな | ■生年月日 | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> R |
| ■年齢 | 歳 | ■患者住所 | ☎() |
| ■傷病名(入院の原因となった病名/合併症等) | | | |
| ■紹介目的 | | ■入院期間 | 月 日~ 月 日 |
| ■家族構成 | <input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 夫婦のみ <input type="checkbox"/> 家族と同居 <input type="checkbox"/> その他 | ■キーパーソン | ■続柄 |
| ■居宅事業所名 | | ■担当ケアマネ | |

【患者状態】

| | | | | |
|--------------|---|-------------------|-------------------------------------|---|
| 発症前のADL | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> 寝たきり | 発症後のADL | (月 日)現在 | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> 寝たきり |
| 計測 | 身長:(cm)計測日(月 日) | 体重:(kg)計測日(月 日) | | |
| コミュニケーション | <input type="checkbox"/> 意識障害レベル(JCS -) <input type="checkbox"/> 疎通できる <input type="checkbox"/> ある程度疎通できる <input type="checkbox"/> 疎通できない | | | |
| 認知レベル | <input type="checkbox"/> なし <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 <input type="checkbox"/> 現段階では判断できない | | | |
| 危険行動 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ベッド柵外し <input type="checkbox"/> 立ち上がり <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> チューブ抜去 <input type="checkbox"/> 大声 <input type="checkbox"/> その他() | | | |
| 危険防止 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ミトン <input type="checkbox"/> センサー <input type="checkbox"/> 畳・マット対応 <input type="checkbox"/> 安全ベルト(体幹ベスト) <input type="checkbox"/> その他() | | | |
| 高次脳機能障害 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 失行 <input type="checkbox"/> 失認 <input type="checkbox"/> 失語 (<input type="checkbox"/> 運動性優位 <input type="checkbox"/> 感覚性優位) <input type="checkbox"/> 現段階では判断できない | | | |
| 運動麻痺 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 右片麻痺 <input type="checkbox"/> 左片麻痺 <input type="checkbox"/> 対麻痺 <input type="checkbox"/> 四肢麻痺 <input type="checkbox"/> 廃用性筋力低下 | | | |
| 活動/運動 | <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"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖歩行 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ベッド上 | | 特記:(リハビリ起算日等) | |
| 清潔 | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助() <input type="checkbox"/> 全介助 ※最終入浴日(月 日) 特記: | | | |
| 食事 | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 半介助 <input type="checkbox"/> 全介助 食事摂取量()割 食事形態(主食; 副食;) | | | |
| 栄養 | <input type="checkbox"/> 経管栄養 (<input type="checkbox"/> 経鼻・ <input type="checkbox"/> 胃ろう・ <input type="checkbox"/> 腸ろう): (カテーテル) <input type="checkbox"/> TPN <input type="checkbox"/> CVポートあり <input type="checkbox"/> 末梢静脈輸液 | | | |
| 嚥下障害 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(食事可能) <input type="checkbox"/> あり(食事不可) | | | |
| 排泄 | <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"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> 便器 <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 最終排便(月 日) <input type="checkbox"/> その他特記事項() | | | |
| 睡眠 | <input type="checkbox"/> 良眠 <input type="checkbox"/> 要入眠剤 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> その他() | | | |
| 感染症 | HBS() HCV() MRSA() その他() <input type="checkbox"/> 未検査 <input type="checkbox"/> 結果未 | | | |
| アレルギー | <input type="checkbox"/> 有() <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明 | | | |
| 薬剤管理 | 内服薬:() 外用薬:() (薬剤一覧は別紙可) <input type="checkbox"/> 自己管理 <input type="checkbox"/> 看護師管理 <input type="checkbox"/> その他() 高額薬剤について <input type="checkbox"/> 変更可 <input type="checkbox"/> 変更不可 | | | |
| 退院後予想される医療処置 | <input type="checkbox"/> 吸引(回/日) | | <input type="checkbox"/> バルンカテーテル留置 | |
| | <input type="checkbox"/> 酸素(ℓ/分) | | <input type="checkbox"/> 自己導尿 | |
| | <input type="checkbox"/> 気管切開 | | <input type="checkbox"/> 人工肛門 | |
| | <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 | | <input type="checkbox"/> 人工膀胱 | |
| | <input type="checkbox"/> 持続陽圧呼吸療法 | | <input type="checkbox"/> インスリン | |

【患者情報・その他】

| | | | |
|--------|--|-------|---|
| 保険の種類 | <input type="checkbox"/> 生保 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> 後期高齢 | 年金の種類 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 国民 <input type="checkbox"/> 厚生 <input type="checkbox"/> 共済 <input type="checkbox"/> 不明 |
| 介護保険 | <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有(要支援 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 要介護 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5) <input type="checkbox"/> 新規申請中 <input type="checkbox"/> 更新申請中 <input type="checkbox"/> 変更申請中 (申請日: 年 月 日) | | |
| 退院後の計画 | <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 自宅又は施設 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 医療機関 | | |
| 他特記事項 | | | |

【記載者】: 看護師() MSW ()

<本情報提供書を連携する医療機関や介護施設等に提供することについて、患者または家族の同意を得ています>

※各医療機関は必ず診療諸記録(法的根拠がある記録)に<〇月〇日>、<XXX>に<△△△>を説明し、同意を得た旨を記載する事とする。

※適宜、担当者間で電話連絡等を行い、必要な情報を共有すること。 佐世保市在宅医療・介護連携協議会/退院連携検討専門部会