

様式2

退院・退所情報記録書

記載者

事業所名: \_\_\_\_\_

氏名: \_\_\_\_\_

1. 基本情報・現在の状態 等

記入日: \_\_\_\_\_

|                |                          |  |    |      |  |                                 |  |  |
|----------------|--------------------------|--|----|------|--|---------------------------------|--|--|
| 属性             | フリガナ                     |  | 性別 | 年齢   | 退院(所)時の要介護度 ( <input type="checkbox"/> 要区分変更)  |                                 |  |  |
|                | 氏名                       | 様  |    | 歳    | <input type="checkbox"/> サービス事業対象  | <input type="checkbox"/> 要支援( ) | <input type="checkbox"/> 要介護( )                                    | <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> なし |
| 入院(所)概要        | 入院(所)先                   |  |    |      | 入院(所)日   | 退院(所)予定日                        |  |  |
|                | 入院原因疾患<br>(入所目的等)        |  |    |      |  |                                 |  |  |
|                | 今後の医学管理                  | 医療機関名  |    |      | 方法   | <input type="checkbox"/> 通院     | <input type="checkbox"/> 訪問診療                                      |  |
| ① 疾患と入院(所)中の状況 | 現在治療中の疾患                 | ①  | ②  | ③    | 疾患の状況  |                                 | 安定( )  |  |
|                |                          | ※左記番号記入  |    |      |  |                                 |  | 不安定( )   |
|                | 移動手段                     | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他( )                                     |    |      |  |                                 |  |  |
|                | 排泄方法                     | <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> Pトイレ <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> カテーテル・パウチ( )  |    |      |  |                                 |  |  |
|                | 入浴方法                     | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> 一般浴 <input type="checkbox"/> 機械浴 <input type="checkbox"/> 清拭のみ <input type="checkbox"/> 行わず      |    |      |  |                                 |  |  |
|                | 食事形態                     | <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> その他( )  |    |      |  |                                 |  | UDF等の食形態区分   |
|                | 嚥下機能(むせ)                 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 時々むせる <input type="checkbox"/> 常にむせる  |    | 義歯   | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( <input type="checkbox"/> 部分 <input type="checkbox"/> 総) |                                 | 入院(所)中の使用: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり |  |
|                | 口腔清潔                     | <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良 <input type="checkbox"/> 著しく不良  |    | 口腔ケア | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助                           |                                 |  |  |
|                | 睡眠                       | <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良( )   |    |      |  | 眠剤使用                            | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし            |  |
|                | 認知・精神                    | <input type="checkbox"/> 認知機能低下 <input type="checkbox"/> せん妄 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 焦燥・不穏 <input type="checkbox"/> 攻撃性 <input type="checkbox"/> その他( ) |    |      |  |                                 |  |  |
| ② 受け止め/意向      | <本人><br>病気、障害、後遺症等の受け止め方 | 本人への病名告知: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし  |    |      |  |                                 |  |  |
|                | <本人><br>退院後の生活に関する意向     |  |    |      |  |                                 |  |  |
|                | <家族><br>病気、障害、後遺症等の受け止め方 |  |    |      |  |                                 |  |  |
|                | <家族><br>退院後の生活に関する意向     |  |    |      |  |                                 |  |  |

2. 課題認識のための情報

|                            |  |  |  |             |  |  |   |  |
|----------------------------|--|--|--|-------------|--|--|---|--|
| ③ 退院後に必要な事柄                | 医療処置の内容  | <input type="checkbox"/> なし<br><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"/> 経鼻栄養 <input type="checkbox"/> 経腸栄養 <input type="checkbox"/> 褥瘡<br><input type="checkbox"/> 尿道カテーテル <input type="checkbox"/> 尿路ストーマ <input type="checkbox"/> 消化管ストーマ <input type="checkbox"/> 痛みコントロール <input type="checkbox"/> 排便コントロール <input type="checkbox"/> 自己注射( )<br><input type="checkbox"/> その他( )   |  |             |  |  |   |  |
|                            | 看護の視点  | <input type="checkbox"/> なし<br><input type="checkbox"/> 血圧 <input type="checkbox"/> 水分制限 <input type="checkbox"/> 食事制限 <input type="checkbox"/> 食形態 <input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 口腔ケア <input type="checkbox"/> 清潔ケア <input type="checkbox"/> 血糖コントロール <input type="checkbox"/> 排泄<br><input type="checkbox"/> 皮膚状態 <input type="checkbox"/> 睡眠 <input type="checkbox"/> 認知機能・精神面 <input type="checkbox"/> 服薬指導 <input type="checkbox"/> 療養上の指導(食事・水分・睡眠・清潔ケア・排泄 などにおける指導)<br><input type="checkbox"/> ターミナル <input type="checkbox"/> その他( )  |  |             |  |  |   |  |
|                            | リハビリの視点  | <input type="checkbox"/> なし<br><input type="checkbox"/> 本人指導 <input type="checkbox"/> 家族指導 <input type="checkbox"/> 関節可動域練習(ストレッチ含む) <input type="checkbox"/> 筋力増強練習 <input type="checkbox"/> バランス練習 <input type="checkbox"/> 麻痺・筋緊張改善練習<br><input type="checkbox"/> 起居/立位等基本動作練習 <input type="checkbox"/> 摂食・嚥下訓練 <input type="checkbox"/> 言語訓練 <input type="checkbox"/> ADL練習(歩行/入浴/トイレ動作/移乗等)<br><input type="checkbox"/> IADL練習(買い物、調理等) <input type="checkbox"/> 疼痛管理(痛みコントロール) <input type="checkbox"/> 更生装具・福祉用具等管理 <input type="checkbox"/> 運動耐容能練習<br><input type="checkbox"/> 地域活動支援 <input type="checkbox"/> 社会参加支援 <input type="checkbox"/> 就労支援 <input type="checkbox"/> その他( ) |  |             |  |  |   |  |
|                            | 禁忌事項   | (禁忌の有無)  |  | (禁忌の内容/留意点) |  |  |   |  |
|                            | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり  |  |  |             |  |  |   |  |
| 症状・病状の予後・予測                |  |  |  |             |  |  |   |  |
| 退院に際しての日常生活の阻害要因(心身状況・環境等) | 例) 医療機関からの見立て・意見(今後の見通し、急変の可能性や今後、どんなことが起こりうるか(合併症)、良くなっていく又はゆっくり落ちていく方向なのか等)について、①疾患と入院中の状況、②本人・家族の受け止めや意向、③退院後に必要な事柄、④その他の観点から必要と思われる事項について記載する。 |  |  |             |  |  |   |  |
| 在宅復帰のために整えなければならない要件       |  |  |  |             |  |  |   |  |
| 回目                         | 聞き取り日  | 情報提供を受けた職種(氏名)   |  |             |  |  | 会議出席  |  |
| 1                          |  |  |  |             |  |  | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 |  |
| 2                          |  |  |  |             |  |  | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 |  |
| 3                          |  |  |  |             |  |  | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 |  |

※課題分析にあたっては、必要に応じて課題整理総括表の活用も考えられる。