**退院情報共有シート**（病院、有床診療所　⇒　居宅介護支援事業所、入所施設）

**（別紙３－２）**

（別紙３－２）

作成日　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| **(入院医療機関名記載)** | (部署)　 　　　　　　(担当者) |
| ＴＥＬ：　　　　　　　　　　　ＦＡＸ： |

 **基本情報**（選択欄は、該当するところへ〇）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 本人 | ﾌﾘｶﾞﾅ　 | 生年月日 大正・昭和 　年 月 日 | 【特記事項：家族構成等】 |
| 氏名 | （男・女）TEL |
| 住所 | 〒　　　　　　 |
| 主介護者 | 氏名 | 　　　　　 　 （続柄）　 　同居・別居 |
| 電話 | 1. ②
 |
| キーパーソン | 氏名 | 　　　　　　 （続柄）　　 　同居・別居 |
| 電話 | 1. ②
 |

**医療・介護状況**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 医療 | 入院時主治医　 | 診療科　　　　医師名　　　　　　 | 【特記事項：継続治療、ﾘﾊﾋﾞﾘの内容、ケアの留意点等】 |
| 退院(予定)日 | 年 月 日（次回受診 月 日 時） |
| 主病名 |  |
| 既往歴等 | アレルギー・その他（　　　　　　　　　　） |
| (感染症) | MRSA・緑膿菌・その他 （　　　　　　） |
| 服薬管理 | 服薬（有・無）本人・家族・看護師・その他(　　　　 ) |
| 退院後の継続処置等 | ｲﾝｽﾘﾝ・胃ろう・経管栄養・点滴・喀痰吸引酸素療法・ｶﾃｰﾃﾙ・導尿・ストマ・褥瘡・他　　 |
| 認知症等（ 有・無 ） | 昼夜逆転 ・短期記憶障害・介護抵抗・収集癖徘徊・幻覚・妄想・その他（　　　　　） |
| かかりつけ医　 | 医療機関名　　　　　　　　　　医師名　　　　 (退院連絡 月　日) |
| 介護認定等 | 要介護度（有・無） | 要支援1　２　要介護1　2　3　4　5認定申請中・未認定・区分変更中（　月　日付） | 【特記事項：退院後の介護の留意点等】 |
| 障害認定 | 有・無・申請中 |
| 住環境 | 住宅 | 持家・貸家・他 | 居室 | 1F・2F・他 |
| 寝具 | ﾍﾞｯﾄﾞ・電動ﾍﾞｯﾄﾞ・布団・他 |

**現在のＡＤＬ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 区　分 | 情報提供 | 【特記事項：留意点等】 |
| 移動 | 介助事項 | 寝返り・起き上がり・立ち上がり・乗り移り・座位保持 |
| 方法 | 独歩・杖・歩行器・車いす・ベット上（自立・見守り・一部介助・全介助） |
| 食事 | 介助事項 | 自立・ｾｯﾃｨﾝｸﾞで自立・一部介助・全介助 | 義歯 | 有・無 |
| 食形態 | 常食・お粥・ミキサー食・他（　　　　　　　） |
| 留意事項 | とろみ・補助食品・嚥下障害・禁食・制限食・他　 |
| 排泄 | 自立・Pトイレ・おむつ・紙パンツ・尿器・尿道ｶﾃ（最終排便　月　日） |
| 清潔 | 入浴 | 一般浴・介助浴・機械浴・清拭(最終日　月　日) |
| 理解 | 理解力 | 普通・わかり難い・わからない |
| 視力障害 | 有・無　（眼鏡　有・無） |
| 聴力障害 | 有・無　（補聴器　有・無） |

**本人・家族の意向、課題等**

|  |
| --- |
|  |

**＊既存の看護サマリー等で情報提供する場合は不要。**わかる事項のみ記載。