

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)

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○)

本人	フリガナ	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、リハビリの内容、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	【特記事項：退院後の介護の留意点等】	
	障害認定	認定申請中・未認定・区分変更中 (月 日付)		
住環境	住宅	持家・貸家・他	居室	1F・2F・他
	寝具	ベッド・電動ベッド・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・セティングで自立・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・尿道カテーテル (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。