

## 入退院連携シート（入院時情報提供書）

病院名：

病棟名： 担当看護師御中

氏名	様	生年月日	年	月	日	（ 歳）	<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女
病名			<処置内容>					
入院エピソード			<家族の状況> 介護者 キーパーソン					
主治医								
保険・社会福祉等	<input type="checkbox"/> 障害者手帳		級		<input type="checkbox"/> 療育手帳			
	<input type="checkbox"/> 特定疾患受給者証							
	介護保険:要支援 1 2		要介護 1 2 3 4 5		<input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 申請中[新規・更新・変更]			
ケアマネジャー氏名		事業所名						
<input type="checkbox"/> 入浴サービス		<input type="checkbox"/> 訪問介護		<input type="checkbox"/> ショートステイ		<input type="checkbox"/> デイサービス		
利用者の状態							(左記の詳細)	
身体状況	寝たきり度 <input type="checkbox"/> J(自立) <input type="checkbox"/> A(外出要介助) <input type="checkbox"/> B(座位可) <input type="checkbox"/> C(寝たきり) 認知症高齢者の日常生活自立度 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M 麻痺 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 左上肢 <input type="checkbox"/> 右上肢 <input type="checkbox"/> 左下肢 <input type="checkbox"/> 右下肢 拘縮 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 左上肢 <input type="checkbox"/> 右上肢 <input type="checkbox"/> 左下肢 <input type="checkbox"/> 右下肢 褥瘡 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(部位 ) ( <input type="checkbox"/> D3 <input type="checkbox"/> D4 <input type="checkbox"/> D5) <input type="checkbox"/> 視力障害( <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左) <input type="checkbox"/> 聴力障害( <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左) <input type="checkbox"/> 言語障害 睡眠障害 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(睡眠薬 )							
療養生活 に関わる 動作 (ADL)	①食事 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 経管栄養※ 形態 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 粥 <input type="checkbox"/> きざみ <input type="checkbox"/> ペースト <input type="checkbox"/> とろみ ※ <input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 胃瘻 栄養剤名 (1日量 栄養 Kcal 水分 ml) (Fr 製品名 ) 最終交換日 /							
	②排泄 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助( <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> 尿器) <input type="checkbox"/> 尿道留置カテーテル(Fr )最終交換日 / <input type="checkbox"/> ストマ 最終交換日 / 下剤の使用 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( ) 最終排便日 /							
	③清潔 <input type="checkbox"/> 入浴 <input type="checkbox"/> シャワー <input type="checkbox"/> 清拭 <input type="checkbox"/> 口腔ケア 更衣 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助							
	④歩行 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子( <input type="checkbox"/> 操作可 <input type="checkbox"/> 介助) <input type="checkbox"/> 体位変換介助 <input type="checkbox"/> 起座介助 <input type="checkbox"/> 移乗介助							

上記情報を報告することについて、利用者・家族の承諾を得ています

訪問看護ステーション名：

TEL  
管理者氏名：  
担当者氏名：

FAX