

大枠の書式を守れば、
少し修正して使っても
かまいません

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

入院後 3 日以内に退院支援計画に着手する病院もあり、出来れば入院翌日の午前中にはほしいそうです。活用されるためには、早く送りましょう。

氏名	様	生年月日	月	日	
病名				<処置内容>	
入院エピソード	<p>アナムネを聴取した後に読まれます。病院から必要と言われた内容に絞ったので、早く送付できるようにしましょう。 介護保険の場合、ケアマネからも情報が提供されます。</p>			<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"/> 特定疾患受給者症				
	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				
利用者の状況			(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) (D3 D4 D5) <input type="checkbox"/> 視力障害 (右 左) <input type="checkbox"/> 聴力障害 (右 左) <input type="checkbox"/> 言語障害 <input type="checkbox"/> 睡眠障害 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(睡眠薬)			<p>チェックを増やし、効率化を図りました。病院からの連携シートと同じ形で、なじみやすくしました</p>	
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 (オムツ ポータブル 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"/> 車いす (操作可 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。

平成 年 月 日

訪問看護ステーション名：

TEL

FAX

管理者氏名：

担当者氏名：

関係職種間での個人情報使用の同意を書面で
得ていることを前提にしています。
または、その時に直接了承を得てください。