

入退院連携シート（退院時共同指導説明書）

| | | |
|-----------------|--|---|
| 病棟 | 入院日 平成 年 月 日 | 感染症 HBs抗原 () |
| 診療科 | アレルギー <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 | HCV () TPHA () MRSA () |
| 主治医 | 担当Ns | |
| 氏名 | 様 生年月日 年 月 日 (歳) | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 |
| 住所 | TEL | |
| 病名 | <既往歴> | |
| 入院中の経過 | | |
| 病状説明と受け止め | 医師からの病状説明： 本人： 家族： | |
| 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 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(□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 | |

| | |
|---|---|
| 家族の状況 | 介護者 (続柄) 家族構成 キーパーソン 緊急時連絡先 <input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 昼間独居 |
| 共同指導内容 | 医療処置 薬・注射 <input type="checkbox"/> 服薬管理 <input type="checkbox"/> インシュリン <input type="checkbox"/> BS測定 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> CVポート <input type="checkbox"/> ペインコントロール 医療機器 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 在宅酸素療法 <input type="checkbox"/> ポンプ 医療処置 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> ストマ <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 尿道留置カテーテル その他 <input type="checkbox"/> 必要な医療物品(製品名)・調達先 |
| | 身体援助 <input type="checkbox"/> 清潔 <input type="checkbox"/> 食事・栄養 <input type="checkbox"/> 排泄 <input type="checkbox"/> その他 |
| 今後の治療課題生活課題 | 退院直後、特別指示書での訪問看護の必要性 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 |
| 退院予定日 | 退院予定日 月 日 () 時 退院後の主治医： 在宅医： 訪問看護指示書 <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 要(年 月 日 ~ 月) 看護サマリー <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 要(通) /搬送方法 <input type="checkbox"/> 自力 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> ストレッチャー |
| 緊急時対応 | |
| 病院⇄ステーション <input type="checkbox"/> 1週間~1カ月の間に、別紙にて情報の返信をお願いします。 平成 年 月 日 以上の内容で、(入院中・入所中)の主治医・看護師等と共同で退院指導を行いました。 病院名 医師名： _____ 看護師名： _____ : _____ : _____ 訪問看護ステーション名 管理者名： _____ 担当者名： _____ 居宅支援事業所名 ケアマネジャー名： _____ : _____ | |

私は、上記の内容の退院指導を受けました。

ご利用者・ご家族等名 _____