

入退院連携シート（退院時共同指導説明書）

ID

	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"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	HCV () TPHA ()
	主治医	受持 N s	MRSA ()
氏名	様生年月日 年 月 日		<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 / 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		

家の状況	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	医療的処置	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"/> ストーマ <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"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
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 日間) 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"/> 車椅子 <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 : _____

居宅介護支援事業所名

ケアマネ名 : _____

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 : _____