

入退院連携シート（退院時共同指導説明書）

これを使用して、退院前の多職種カンファレンスを病院主導で行うことで、時間短縮が図れ、診療報酬の請求につながる

病棟	入院日 平成 年 月 日	HbS抗原 () HCV () TPHA () MRSA ()
診療科	アレルギー <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
主治医	担当Ns	

ある程度情報記入されたシートを使って、カンファレンスで合意しながら、各自で情報を追加記入する

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	大枠の形式が守られていれば、各病院で使いやすく少し修正してもかまいません（ID欄を削除など）アレンジしたら、「〇〇病院様式」のように入れて示してください			
病状説明と受け止め	医師からの病状説明： 本人： 家族： カンファの席で「どのようにお聞きになってますか？」と問い、返答を各自記入する方法もあります			
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			
身体状況	利用者の状況		(左記の詳細)	
療養生活に関わる動作(ADL)	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)			
	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			

薬物欄は、退院カンファ後の変更（例：インスリン 3 回/日→1 回/日）もあること、お薬手帳などで確認可能であること、から作りませんでした

チェック項目を増やすことで、記録時間の短縮を図りました

ステーション→病院への入院時情報提供も同じ書式です。目が慣れると、どこにどの情報があるかが早く分かります

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"/> 排泄 身体状況等の欄は別にあるので、ここは指導の習得状況を主に記入 <input type="checkbox"/> 食事・栄養 <input type="checkbox"/> その他
今後の治療課題生活課題	解決したい、取り組むべき課題を絞って、共通認識していきましょう 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 年 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	宛先を記入した返信シートを渡すと、返信率が上がる
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 _____ 担当者名： _____

管理名： _____ ケアマネジャー名： _____

居宅支援事業所名 _____

参加した本人または家族にサインしてもらう

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 _____

診療報酬請求要件を満たす書類として必要な職種の参加者名を書く。またはその場でサインをもらう。在宅医、PTなどの職種は適宜書き込む。