

VII 情報共有シート(様式1)
入院時情報提供シート

記入日:令和 年 月 日
入院日:令和 年 月 日
情報提供日:令和 年 月 日

事業所名		担当者名							
電話番号		FAX番号							
ふりがな 氏名	生年月日	<input type="checkbox"/> 明・ <input type="checkbox"/> 大・ <input type="checkbox"/> 昭 年 月 日	年齢 歳 性別 <input type="checkbox"/> 男・ <input type="checkbox"/> 女						
緊急時連絡先	氏名	住所	続柄 電話番号						
	①								
	②								
家族構成図 <small>主:主介護者 ☆キーパーソン ○女性 □男性 ☆キーパーソン:決定権のある人</small>		経済状況 年金(<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有) 収入(<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有) 課税の状況(<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有) 公費負担(<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有) 生活保護受給(<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有)							
		住環境 <input type="checkbox"/> 一戸建 <input type="checkbox"/> 集合住宅 (階建て 階)エレベーター <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無							
		かかりつけ医 医療機名: 医師名: TEL:							
要介護度	<input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 区分変更中 <input type="checkbox"/> 総合事業対象者 <input type="checkbox"/> 要支援1・ <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1・ <input type="checkbox"/> 要介護2・ <input type="checkbox"/> 要介護3・ <input type="checkbox"/> 要介護4・ <input type="checkbox"/> 要介護5 (有効期限: ○○年 ○○月 ○○日 ~ ○○年 ○○月 ○○日)								
サービス利用状況	<input type="checkbox"/> 訪問介護(回/週) <input type="checkbox"/> 訪問看護(回/週) <input type="checkbox"/> 通所介護(回/週) <input type="checkbox"/> 通所リハビリ(回/週) <input type="checkbox"/> 訪問リハ(回/週) <input type="checkbox"/> 短期入所(回/月) <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与() <input type="checkbox"/> その他()								
施設の申し込み		<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有 施設名:							
現病歴	既往歴								
	アレルギー		<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有 禁忌事項:						
障害等認定・自立度	身体・精神・療育手帳 <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有(級) 障害高齢者自立度: <input type="checkbox"/> J、 <input type="checkbox"/> A1・ <input type="checkbox"/> A2、 <input type="checkbox"/> B1・ <input type="checkbox"/> B2、 <input type="checkbox"/> C1・ <input type="checkbox"/> C2 認知症高齢者自立度: <input type="checkbox"/> I、 <input type="checkbox"/> IIa・ <input type="checkbox"/> IIb、 <input type="checkbox"/> IIIa・ <input type="checkbox"/> IIIb、 <input type="checkbox"/> IV、 <input type="checkbox"/> M 指定難病受給者証:(<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有)								
入院に至るまでの病状変化や経過									
生活状況									
本人の性格、気質									
服薬状況	お薬手帳(<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有) (R 年 月 日 時点) 状況:								
ADL	自立	見守り	一部介助	全介助	要支援は必要事項のみ記入				
移動方法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 杖使用 <input type="checkbox"/> 歩行器使用 <input type="checkbox"/> 装具・補助具使用				
口腔清潔	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	義歯の使用: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				
食 事	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 治療食 (<input type="checkbox"/> 糖尿病食 <input type="checkbox"/> 高血圧食 <input type="checkbox"/> 腎臓病食 <input type="checkbox"/> その他)				
					主食: <input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> ミキサー とろみ剤使用: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし				
					副食: <input type="checkbox"/> 通常 <input type="checkbox"/> 一口大 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> 極小刻み <input type="checkbox"/> ミキサー(<input type="checkbox"/> とろみ付)				
更 衣	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
入 浴	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 自宅(浴室) <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 通所系サービス				
排 泄	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	場所: <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> オムツ 回数:排尿()回/日 排便()回/日				
服薬管理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 飲み忘れ <input type="checkbox"/> 自己判断による中止				
療養上の問題	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(<input type="checkbox"/> 幻視・ <input type="checkbox"/> 幻聴 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 不穏 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 危険行為 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 意思疎通困難 <input type="checkbox"/> その他()							頻度	
医療処置	<input type="checkbox"/> インスリン <input type="checkbox"/> バルーンカテーテル <input type="checkbox"/> ストマ <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> じょくそう <input type="checkbox"/> その他()								
その他身体状況									
【本人の生活への意向】									
【在宅生活の目安】									

VII 情報共有シート(様式1)
入院時情報提供シート

記入日:令和〇〇年〇〇月〇〇日
入院日:令和〇〇年〇〇月〇〇日
情報提供日:令和〇〇年〇〇月〇〇日

記載例

事業所名	介護事業所〇〇〇〇		担当者名	〇〇 〇〇	
電話番号	(〇〇〇) 〇〇-〇〇〇〇		FAX番号	(〇〇〇) 〇〇-〇〇〇〇	
ふりがな 氏名	えひめ たろう 愛媛 太郎		生年月日	<input type="checkbox"/> 明・ <input type="checkbox"/> 大・ <input checked="" type="checkbox"/> 昭 〇年〇〇月〇〇日	年齢 75 歳
					性別 <input checked="" type="checkbox"/> 男・ <input type="checkbox"/> 女
緊急時連絡先	氏名(ふりがな)	住所		続柄	電話番号
	① 愛媛 花子 (えひめ はなこ)	〇〇市〇〇町〇丁目〇-〇		妻	(〇〇〇) 〇〇-〇〇〇〇
	② 愛媛 次郎 (えひめ じろう)	〇〇市〇〇町〇丁目〇-〇		長男	〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇
	③				
家族構成図 主:主介護者 ☆:キーパーソン ○:女性 □:男性 ☆キーパーソン:決定権のある人			経済状況	年金(<input type="checkbox"/> 無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 厚生年金) 収入(<input checked="" type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有) 課税の状況(<input checked="" type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有) 公費負担(<input checked="" type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有) 生活保護受給(<input checked="" type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有)	
			住環境	<input type="checkbox"/> 一戸建 <input checked="" type="checkbox"/> 集合住宅 (5階建て 3階)エレベーター <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
			かかりつけ医	医療機名: 〇〇〇〇医院 医師名: 〇〇 〇〇先生 Tel: (〇〇〇) 〇〇-〇〇〇〇	
要介護度	<input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 区分変更中 <input type="checkbox"/> 総合事業対象者 <input type="checkbox"/> 要支援1・ <input type="checkbox"/> 要支援2 <input checked="" type="checkbox"/> 要介護1・ <input type="checkbox"/> 要介護2・ <input type="checkbox"/> 要介護3・ <input type="checkbox"/> 要介護4・ <input type="checkbox"/> 要介護5 (有効期限: 〇〇年 〇〇月 〇〇日 ~ 〇〇年 〇〇月 〇〇日)				
サービス利用状況	<input type="checkbox"/> 訪問介護(回/週) <input type="checkbox"/> 訪問看護(回/週) <input type="checkbox"/> 通所介護(回/週) <input checked="" type="checkbox"/> 通所リハビリ(2回/週) <input type="checkbox"/> 訪問リハ(回/週) <input type="checkbox"/> 短期入所(回/月) <input checked="" type="checkbox"/> 福祉用具貸与(ベッド) <input type="checkbox"/> その他()				
施設の申し込み			<input checked="" type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有 施設名:		
現病歴	40歳頃から高血圧、糖尿病。55歳から治療開始・現在治療中(高血圧:内服、糖尿病:インスリン注射(妻))。脳梗塞後遺症。			既往歴	70歳脳梗塞
				アレルギー	<input checked="" type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有 禁忌事項:
障害等認定・自立度	身体・精神・療育手帳 <input checked="" type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有(級) 障害高齢者自立度: <input type="checkbox"/> J、 <input checked="" type="checkbox"/> A1・ <input type="checkbox"/> A2、 <input type="checkbox"/> B1・ <input type="checkbox"/> B2、 <input type="checkbox"/> C1・ <input type="checkbox"/> C2 認知症高齢者自立度: <input type="checkbox"/> I、 <input checked="" type="checkbox"/> II a・ <input type="checkbox"/> II b、 <input type="checkbox"/> III a・ <input type="checkbox"/> III b、 <input type="checkbox"/> IV、 <input type="checkbox"/> M 指定難病受給者証:(<input checked="" type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有)				
入院に至るまでの病状変化や経過	1週間前から頭痛あり。〇/〇朝食中に箸を落として、ろれつが回らなくなり、救急車で〇〇病院に入院した。				
生活状況	20歳頃から飲酒(日本酒 4合/日)、喫煙(20本/日)。現在も飲酒、喫煙をやめる気はない。デイケアでは喫煙できないと不満の様子。入浴は、デイケアに行った時に入っている。時々、デイケアでトラブルがある。日常生活は、妻に全面依存しており、妻は夫がデイケアに行っている時に休めるくらい。				
本人の性格、気質	短気で頑固。言い出したら聞かない。気に入らないことがあると妻にあたる。				
服薬状況	お薬手帳(<input type="checkbox"/> 無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有) (R〇〇年〇〇月〇〇日 時点) 状況: お薬の管理は、妻がしている。夫婦ともに飲み忘れることがある。調子がいい時は自己中断することもあり、妻は夫に強く言うことができない。 高血圧の薬(〇〇〇〇)				
ADL	自立	見守り	一部介助	全介助	要支援は必要事項のみ記入
移動方法	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 車いす <input checked="" type="checkbox"/> 杖使用 <input type="checkbox"/> 歩行器使用 <input type="checkbox"/> 装具・補助具使用
口腔清潔	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	義歯の使用: <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無
食事	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 治療食 (<input type="checkbox"/> 糖尿病食 <input type="checkbox"/> 高血圧食 <input type="checkbox"/> 腎臓病食 <input type="checkbox"/> その他) 主食: <input checked="" type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> ミキサー とろみ剤使用: <input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし 副食: <input checked="" type="checkbox"/> 通常 <input type="checkbox"/> 一口大 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> 極小刻み <input type="checkbox"/> ミキサー(<input type="checkbox"/> とろみ付)
	更衣	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
入浴	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 自宅(浴室) <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input checked="" type="checkbox"/> 通所系サービス
排泄	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	場所: <input checked="" type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> オムツ 回数:排尿(5)回/日 排便(1)回/2日
服薬管理	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 飲み忘れ <input checked="" type="checkbox"/> 自己判断による中止
療養上の問題	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有: <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input checked="" type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 不穏 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 暴力 <input checked="" type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 危険行為 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 意思疎通困難 <input type="checkbox"/> その他()				頻度 興奮: 数回/週
医療処置	<input checked="" type="checkbox"/> インスリン <input type="checkbox"/> バルーンカテーテル <input type="checkbox"/> ストマ <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> じょくそう <input type="checkbox"/> その他()				
その他身体状況	上下左片マヒ (軽度)				
【本人の生活への意向】 ・本人は妻の介助を受けながらの在宅生活を希望している。 ・好きなこと(お酒・たばこ)をやめてまで長生きしたくないと言っている。 【在宅生活の目安】 ・本人が希望する在宅生活には、屋内の杖歩行が困難な場合は住宅改修が必要です。					

*この情報を提供することについて、ご本人またはご家族から同意をいただきます。
*既存の様式を活用しても構いません。

退院調整共有情報

記入日:令和 年 月 日
退院予定日:令和 年 月 日

医療機関名		担当者名	
電話番号		FAX番号	
ふりがな 氏名	生年月日	<input type="checkbox"/> 明・ <input type="checkbox"/> 大・ <input type="checkbox"/> 昭 年 月 日	年齢 歳 性別 <input type="checkbox"/> 男・ <input type="checkbox"/> 女
入院期間	令和 年 月 日()~令和 年 月 日()(予定)		キーパーソン氏名: 続柄: TEL:
要介護度	介護認定(<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有) 申請中(<input type="checkbox"/> 新規・ <input type="checkbox"/> 更新・ <input type="checkbox"/> 区分変更)		退院後の連絡先
障害等認定・自立度	身体・精神・療育手帳(<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有: 級) 障害高齢者自立度: <input type="checkbox"/> J、 <input type="checkbox"/> A1・ <input type="checkbox"/> A2、 <input type="checkbox"/> B1・ <input type="checkbox"/> B2、 <input type="checkbox"/> C1・ <input type="checkbox"/> C2 認知症高齢者自立度: <input type="checkbox"/> I、 <input type="checkbox"/> IIa・ <input type="checkbox"/> IIb、 <input type="checkbox"/> IIIa・ <input type="checkbox"/> IIIb、 <input type="checkbox"/> IV、 <input type="checkbox"/> M		入院の原因となった病名
現在治療中の病気			アレルギー <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有 禁忌事項:
病院主治医	(科)	かかりつけ医	
服薬状況	退院時処方(<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有) → お薬手帳(<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有) 服薬の留意事項(*新たに処方された薬や増量となった薬があればお書きください):		
入院中の様子	日中・夜間の様子: 体重(入院時 / ()kg 最終測定 / ()kg) 身長(/ ()cm)		
病院からの患者・家族への病状の説明内容と患者・家族の受け止め方、患者・家族の今後の希望			
ADL	自立	監視	介一助 全介助
入院前と変更のあった事項、退院後の在宅生活に影響があるもの			
移動方法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
移乗方法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
口腔清潔	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
食事	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
更衣	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
入浴	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
排泄	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
服薬管理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
移動方法	<input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 杖使用 <input type="checkbox"/> 歩行器使用 <input type="checkbox"/> 装具・補助具使用		
口腔清潔	義歯の使用: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
食事	<input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 治療食(<input type="checkbox"/> 糖尿病食: Kcal <input type="checkbox"/> 高血圧食 <input type="checkbox"/> 腎臓病食 <input type="checkbox"/> その他) <input type="checkbox"/> 経管栄養 主食: <input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> ミキサー (摂取量 割) 副食: <input type="checkbox"/> 通常 <input type="checkbox"/> 一口大 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> 極小刻み <input type="checkbox"/> ミキサー(<input type="checkbox"/> とろみ付) (摂取量 割) 水分制限 <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有:1日 ml とろみ剤使用 <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有		
入浴	入浴の制限: <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有(<input type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> 清拭 <input type="checkbox"/> その他()		
排泄	場所: <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> オムツ() 排尿:昼 回・夜 回 排便: 回/日		
療養上の問題	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(<input type="checkbox"/> 幻視・ <input type="checkbox"/> 幻聴 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 不穏 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 危険行為 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 意思疎通困難 <input type="checkbox"/> その他()		
医療処置	<input type="checkbox"/> バルーンカテーテル <input type="checkbox"/> ストマ <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> IVH <input type="checkbox"/> じょくそう <input type="checkbox"/> インスリン(回数: 回/日) <input type="checkbox"/> その他()		
家族への介護指導	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 内容: 理解度: <input type="checkbox"/> 十分 <input type="checkbox"/> 不十分 問題点:		
感染症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有: <input type="checkbox"/> HBV <input type="checkbox"/> HCV <input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> その他()		
リハビリ目標(リハビリから確認):			
今後の治療予定	次回受診予定日(令和 年 月 日)		
退院後のサービス関連	サービス希望(<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有) 変更や追加の必要性(<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有) 介護サービス利用(特に通所系)にあたっての医療上の注意点(再開時期の目安):		
在宅生活における留意事項			

* この情報を提供することについて、ご本人またはご家族から同意をいただいています。 18
* 既存の様式を活用しても構いません。

退院調整共有情報

記載例

記入日:令和〇〇年〇〇月〇〇日
退院予定日:令和〇〇年〇〇月〇〇日

医療機関名	〇〇〇〇病院		担当者名	〇〇 〇〇	
電話番号	(〇〇〇) 〇〇-〇〇〇〇		FAX番号	(〇〇〇) 〇〇-〇〇〇〇	
ふりがな氏名	えひめ 愛媛	たろう 太郎	生年月日	<input type="checkbox"/> 明・ <input type="checkbox"/> 大・ <input checked="" type="checkbox"/> 昭 〇年〇〇月〇〇日	年齢 75歳 性別 <input checked="" type="checkbox"/> 男・ <input type="checkbox"/> 女
入院期間	令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日(金)~令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日(水)(予定)			退院後の連絡先 キーパーソン氏名: 愛媛 次郎 続柄:長男 TEL: 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇 仕事中は電話に出ることができないため、着信を残しておく とかけ直してくれる。	
要介護度	介護認定(<input type="checkbox"/> 無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有) 申請中(<input type="checkbox"/> 新規・ <input type="checkbox"/> 更新・ <input type="checkbox"/> 区分変更)				
障害等認定・自立度	身体・精神・療育手帳(<input checked="" type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有: 級) 障害高齢者自立度: <input type="checkbox"/> J、 <input type="checkbox"/> A1・ <input type="checkbox"/> A2、 <input checked="" type="checkbox"/> B1・ <input type="checkbox"/> B2、 <input type="checkbox"/> C1・ <input type="checkbox"/> C2 認知症高齢者自立度: <input type="checkbox"/> I、 <input type="checkbox"/> IIa・ <input checked="" type="checkbox"/> IIb、 <input type="checkbox"/> IIIa・ <input type="checkbox"/> IIIb、 <input type="checkbox"/> IV、 <input type="checkbox"/> M		入院の原因となった病名	脳梗塞(再発)	
現在治療中の病気	高血圧、糖尿病		アレルギー	<input checked="" type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有 禁忌事項:	
病院主治医	(脳神経外科) 〇〇 〇〇 先生		かかりつけ医	〇〇クリニック 〇〇 〇〇先生	
服薬状況	退院時処方(<input type="checkbox"/> 無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有) → お薬手帳(<input type="checkbox"/> 無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有) 服薬の留意事項(*新たに処方された薬や増量となった薬があればお書きください): 飲み忘れに注意してください。インスリンの単位数が変わります。				
入院中の様子	日中・夜間の様子: 夜間は眠れず、不安になることがあります。不眠の場合は服薬により睡眠確保しています。 体重(入院時 〇/〇 (90)kg 最終測定 〇/〇 (85)kg) 身長(〇/〇 (165)cm)				
病院からの患者・家族への病状の説明内容と患者・家族の受け止め方、患者・家族の今後の希望 脳梗塞の再発のため、左片マヒが中度にまで進行しました。4点杖歩行を訓練中ですが実用ではありません。日常は車いす移動です。お薬はきちんと飲んでください。 ⇒本人は動きにくくなったことにショックを受けています。妻は介護不安が強くなっています。自宅での生活を希望されていますが、入院前より介護が必要であると言っています。長男は自宅でのリハビリを希望しています。					
ADL	自立	監視	介助部	全介助	入院前と変更のあった事項、退院後の在宅生活に影響があるもの
移動方法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 車いす <input checked="" type="checkbox"/> 杖使用 <input type="checkbox"/> 歩行器使用 <input type="checkbox"/> 装具・補助具使用
移乗方法	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
口腔清潔	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	義歯の使用: <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無
食事	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 普通食 <input checked="" type="checkbox"/> 治療食(<input checked="" type="checkbox"/> 糖尿病食:1,600Kcal <input type="checkbox"/> 高血圧食 <input type="checkbox"/> 腎臓病食 <input type="checkbox"/> その他) <input type="checkbox"/> 経管栄養
					主食: <input checked="" type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> ミキサー (摂取量 9 割)
					副食: <input checked="" type="checkbox"/> 通常 <input type="checkbox"/> 一口大 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> 極小刻み <input type="checkbox"/> ミキサー(口とろみ付) (摂取量 9 割)
水分制限					水分制限 <input checked="" type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有:1日 ml とろみ剤使用 <input checked="" type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有
更衣	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
入浴	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	入浴の制限: <input checked="" type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有(<input type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> 清拭 <input type="checkbox"/> その他()
排泄	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	場所: <input type="checkbox"/> トイレ <input checked="" type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> 尿器 <input checked="" type="checkbox"/> オムツ(夜間のみリハビリパンツ) 排尿:昼5回・夜1回 排便:1回/2日
服薬管理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
その他身体状況	上下左片マヒ(中度)				
療養上の問題	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有(<input type="checkbox"/> 幻視・ <input type="checkbox"/> 幻聴 <input checked="" type="checkbox"/> 興奮 <input checked="" type="checkbox"/> 不穏 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 暴力 <input checked="" type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input checked="" type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 危険行為 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 意思疎通困難 <input type="checkbox"/> その他()				
医療処置	<input type="checkbox"/> バルーンカテーテル <input type="checkbox"/> ストマ <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> IVH <input type="checkbox"/> じょくそう <input checked="" type="checkbox"/> インスリン(回数: 1 回/日) <input type="checkbox"/> その他()				
家族への介護指導	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有(内容: 糖尿病食、転倒防止のための介助方法) 理解度: <input type="checkbox"/> 十分 <input checked="" type="checkbox"/> 不十分 問題点: ・妻は体格が小さく、腰痛もあるため夫を支える方法を説明しても上手くできない。 ・糖尿病食の説明をしたが、本人の味付けへのこだわりが強いため妻は不安である。				
感染症	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有: <input type="checkbox"/> HBV <input type="checkbox"/> HCV <input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> その他()				
リハビリ目標(リハビリから確認): 左側の関節の拘縮予防。室内歩行時の4点杖歩行の安定。室内歩行を安定させ自宅トイレの利用を目指す。					
今後の治療予定	確実な服薬とリハビリ 次回受診予定日(令和成〇〇年〇〇月〇〇日)				
退院後のサービス関連	サービス希望(<input type="checkbox"/> 無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有) 変更や追加の必要性(<input type="checkbox"/> 無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有) 介護サービス利用(特に通所系)にあたっての医療上の注意点(再開時期の目安): 病状管理のために訪問看護の利用を検討してはどうか。室内歩行の確立のために訪問リハビリが望ましい。				
在宅生活における留意事項 ・以前のように自分の体が動くと思いき、バランスを崩したりするので、転倒に気をつけてください。 ・確実な服薬による体調管理が必要です。 ・不眠が続くと自分の体の状態を悲観して、いらだちや暴言で妻を困らせたり、昼夜逆転する場合があります。不眠の場合は、早めに眠剤を服用してください。					

*この情報を提供することについて、ご本人またはご家族から同意をいただいています。 19

*既存の様式を活用しても構いません。