

(案)

退院・退所 に向けての面談記録

属性	フリガナ		性別	年齢	退院時の要介護度	
	氏名	様	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	歳	<input type="checkbox"/> 新規申請 <input type="checkbox"/> 変更申請 <input type="checkbox"/> 要支援() <input type="checkbox"/> 要介護()	
今回の入院概要	入退院日	・入院日：H ____年 ____月 ____日			・退院予定日：H ____年 ____月 ____日	
	入院原因疾患					
	入院先	_____(病院) _____(病棟) _____(階) _____(号室)				
	退院後通院先	<input type="checkbox"/> 入院していた医療機関 <input type="checkbox"/> 入院先以外の病院 <input type="checkbox"/> 通院の予定なし				
疾患と入院中の状況	現疾患の状況				既往歴	
	移動手段	<input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他 ()				
	入浴方法	<input type="checkbox"/> 行わず <input type="checkbox"/> 機械浴 <input type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> 一般浴				
	排泄方法	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> カテーテル・パウチ ()				
	食事形態	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> その他 ()			UDF等の食形態区分	
	嚥下機能	<input type="checkbox"/> むせない <input type="checkbox"/> 時々むせる <input type="checkbox"/> 常にむせる				
	口腔清潔	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良 <input type="checkbox"/> 著しく不良		義歯	<input type="checkbox"/> 元々なし <input type="checkbox"/> 入院中は使用なし <input type="checkbox"/> 入院中使用	
	口腔ケア	<input type="checkbox"/> 出来た <input type="checkbox"/> 出来なかった <input type="checkbox"/> 本人にまかせた				
	睡眠	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良 ()			<input type="checkbox"/> 眠剤の使用	
	認知・精神	<input type="checkbox"/> 認知機能低下 <input type="checkbox"/> せん妄 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 焦燥・不穏 <input type="checkbox"/> 攻撃性 <input type="checkbox"/> その他 ()				
本人や家族の受け止め／意向	病気	本人の受け止め方			家族の受け止め方	
	告知： <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし					
	障害・後遺症	本人の受け止め方			家族の受け止め方	
	退院後の生活に関する本人の意向					
退院後の生活に関する家族の意向						
退院後に必要な事柄	医療処置	(処置内容)			⇨ (在宅で継続するための要件)	
		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 経鼻栄養 <input type="checkbox"/> 経腸栄養 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 尿道カテーテル <input type="checkbox"/> 尿路ストーマ <input type="checkbox"/> 消化管ストーマ <input type="checkbox"/> 痛みコントロール <input type="checkbox"/> 排便コントロール <input type="checkbox"/> 自己注射 () <input type="checkbox"/> その他 ()				
	看護の視点	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 血圧 <input type="checkbox"/> 水分制限 <input type="checkbox"/> 食事制限 <input type="checkbox"/> 食形態 <input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 口腔ケア <input type="checkbox"/> 清潔ケア <input type="checkbox"/> 血糖コントロール <input type="checkbox"/> 排泄 <input type="checkbox"/> 皮膚状態 <input type="checkbox"/> 睡眠 <input type="checkbox"/> 認知機能・精神面 <input type="checkbox"/> 服薬指導 <input type="checkbox"/> 療養上の指導(食事・水分・睡眠・清潔ケア・排泄 などにおける指導) <input type="checkbox"/> ターミナル <input type="checkbox"/> その他 ()				
	リハビリの視点	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 本人指導 <input type="checkbox"/> 家族指導 <input type="checkbox"/> 関節可動域練習(ストレッチ含む) <input type="checkbox"/> 筋力増強練習 <input type="checkbox"/> バランス練習 <input type="checkbox"/> 麻痺・筋緊張改善練習 <input type="checkbox"/> 起居／立位等基本動作練習 <input type="checkbox"/> 摂食・嚥下訓練 <input type="checkbox"/> 言語訓練 <input type="checkbox"/> ADL練習(歩行／入浴／トイレ動作／移乗等) <input type="checkbox"/> IADL練習(買い物、調理等) <input type="checkbox"/> 疼痛管理(痛みコントロール) <input type="checkbox"/> 更生装具・福祉用具等管理 <input type="checkbox"/> 運動耐容能練習 <input type="checkbox"/> 地域活動支援 <input type="checkbox"/> 社会参加支援 <input type="checkbox"/> 就労支援 <input type="checkbox"/> その他 ()				
禁忌事項	(禁忌の有無)		(禁忌の内容／留意点)			
	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり					

(案)

症状・症状の 予後・予測		例)医療機関からの見立て・意見(今後の見通し、急変の可能性や今後、どんなことが起こりうるか(合併症)、良くなっていく方向か、ゆっくり落ちていく方向なのか など)			
退院にあたっての (心身の状況・環境など) 日常生活の 阻害要因	疾患と入院中の 状況からの 要因				
	本人・家族の受け止め／意向からの要因				
	退院後に必要な事柄からの要因				
	その他				

状況の事実		現在の状況	要因	改善/維持の可能性	状況・支援内容等	見通し
移動	室内移動	自立 見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化		例)おおよその到達可能なレベルの確認(どの位の期間で、どの状態までいけそうかなど)
	屋外移動	自立 見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化		
食事	食事内容	支障なし 支障あり		改善 維持 悪化		
	食事摂取	自立 見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化		
排泄	排尿・排便	支障なし 支障あり		改善 維持 悪化		
	排泄動作	自立 見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化		
口腔	口腔衛生	支障なし 支障あり		改善 維持 悪化		
	口腔ケア	自立 見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化		
服薬		自立 見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化		
入浴		自立 見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化		
更衣		自立 見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化		
家事動作		自立 見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化		
コミュニケーション能力		支障なし 支障あり		改善 維持 悪化		
認知		支障なし 支障あり		改善 維持 悪化		
褥瘡・皮膚の問題		支障なし 支障あり		改善 維持 悪化		
行動・心理症状(BPSD)		支障なし 支障あり		改善 維持 悪化		
居住環境		支障なし 支障あり		改善 維持 悪化		

面談回数	聞き取り日	情報提供者名・職種			
回目	____年 月 日	<input type="checkbox"/> 医師 ()	<input type="checkbox"/> 看護師 ()	<input type="checkbox"/> リハ職 ()	
		<input type="checkbox"/> MSW ()	<input type="checkbox"/> 歯科医師・歯科衛生士 ()	<input type="checkbox"/> ()	
回目	____年 月 日	<input type="checkbox"/> 医師 ()	<input type="checkbox"/> 看護師 ()	<input type="checkbox"/> リハ職 ()	
		<input type="checkbox"/> MSW ()	<input type="checkbox"/> 歯科医師・歯科衛生士 ()	<input type="checkbox"/> ()	
回目	____年 月 日	<input type="checkbox"/> 医師 ()	<input type="checkbox"/> 看護師 ()	<input type="checkbox"/> リハ職 ()	
		<input type="checkbox"/> MSW ()	<input type="checkbox"/> 歯科医師・歯科衛生士 ()	<input type="checkbox"/> ()	

(案)

入院時情報提供書

病院 担当者 様

記入日： 年 月 日
入院日： 年 月 日

利用者(患者)／家族の同意に基づき、利用者情報(身体・生活機能など)の情報を送付します。是非ご活用下さい。

【担当ケアマネジャーより、医療機関の方へお願い】

- ・退院が決まり次第、ケアマネジャーへ連絡をお願いします
- ・必要に応じて、ケアマネジャーへ退院時の情報提供をお願いします
- ・「退院前訪問指導」を実施する場合は、ぜひケアマネジャーを同行させて下さい

担当ケアマネジャー名	(フリガナ)	住所	
		電話番号	
居宅介護支援事業所名		FAX番号	

1. 利用者(患者)基本情報について

患者氏名	(フリガナ)	年齢	才	性別	男	女
		生年月日	明・大・昭・平	年	月	日生
住所		電話番号				
住環境	<input type="checkbox"/> 戸建て <input type="checkbox"/> 集合住宅 (階居住) ・住まいに関する特記事項 ()	エレベーター	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()			
入院時の要介護度	<input type="checkbox"/> 要支援 () <input type="checkbox"/> 要介護 () <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 未申請					
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"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M					
障害高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2					
介護保険の自己負担割合	<input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割		障害など認定	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()		
年金などの種類	<input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> その他 ()					

2. 家族の情報について

家族構成	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 同居 ()	キーパーソン (連絡先)	氏名：	続柄：
主介護者(年齢)	氏名： ()続柄：		年齢：	電話：

3. 本人／家族の意向について

本人の性格／ 趣味・関心領域など	
本人の生活歴	
入院前の 本人の意向	
入院前の 家族の意向 (特に生活について)	

4. 今後の生活展望について (ケアマネとしての意見)

在宅生活に 必要な要件	
家族の介護力*	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 日中独居 <input type="checkbox"/> 高齢世帯 <input type="checkbox"/> サポートできる家族や支援者が不在 <input type="checkbox"/> 家族が要介護状態／認知症である <input type="checkbox"/> その他 ()
特記事項	

5. カンファレンスについて (ケアマネからの希望)

「院内の多職種カンファレンス」への参加	<input type="checkbox"/> 希望あり	
「退院前カンファレンス」への参加	<input type="checkbox"/> 希望あり	・具体的な要望 ()

(案)

6. 身体・生活機能の状況／療養生活上の課題について

麻痺の状況		なし	軽度	中度	重度	褥瘡の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり			
ADL	移動	自立	見守り	一部介助	全介助					
	移乗	自立	見守り	一部介助	全介助	移動手段	<input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他			
	更衣	自立	見守り	一部介助	全介助	起居動作	自立	見守り	一部介助	全介助
	整容	自立	見守り	一部介助	全介助					
	入浴	自立	見守り	一部介助	全介助					
	食事	自立	見守り	一部介助	全介助					
食事内容	食事回数	・朝: 時頃 ・昼: 時頃 ・夜 時頃				食事制限	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()			
	食事形態	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> きざみ <input type="checkbox"/> 嚥下障害食 <input type="checkbox"/> ミキサー				水分制限	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()			
	摂取方法	<input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経管栄養		水分とろみ		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	UDF等の食形態区分			
口腔	嚥下機能	むせない		時々むせる	常にむせる	義歯	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり			
	口腔清潔	良		不良	著しく不良	口臭	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり			
排泄	排尿	自立	見守り	一部介助	全介助	ポータブルトイレ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 夜間 <input type="checkbox"/> 常時			
	排便	自立	見守り	一部介助	全介助	オムツ/パッド	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 夜間 <input type="checkbox"/> 常時			
睡眠の状態		良	不良 ()		眠剤の使用	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		睡眠時間	時間/日	
喫煙量		本くらい/日あたり				飲酒量	合くらい/日あたり			
コミュニケーション能力	視力	問題なし	やや難あり	困難		メガネ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()			
	聴力	問題なし	やや難あり	困難		補聴器	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり			
	言語	問題なし	やや難あり	困難		コミュニケーションに関する特記事項:				
	意思疎通	問題なし	やや難あり	困難						
精神面における療養上の問題		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 焦燥・不穏 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 暴力/攻撃性 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 危険行為 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> その他 ()								
疾患歴		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 悪性腫瘍 <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 急性呼吸器感染症 <input type="checkbox"/> 脳血管障害 <input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> その他 ()								
入院歴	最近半年間での入院	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (H 年 月 日 ~ H 年 月 日) <input type="checkbox"/> 不明								
	入院頻度	<input type="checkbox"/> 頻度は高い/繰り返している <input type="checkbox"/> 頻度は低いが、これまでもある <input type="checkbox"/> 今回が初めて								
医療処置		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 経鼻栄養 <input type="checkbox"/> 経腸栄養 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 尿道カテーテル <input type="checkbox"/> 尿路ストーマ <input type="checkbox"/> 消化管ストーマ <input type="checkbox"/> 痛みコントロール <input type="checkbox"/> 排便コントロール <input type="checkbox"/> 自己注射 () <input type="checkbox"/> その他 ()								

7. お薬について ※必要に応じて、「お薬手帳 (コピー)」を添付

内服薬	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()		在宅療養管理指導	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (職種:)	
薬剤管理	<input type="checkbox"/> 自己管理 <input type="checkbox"/> 他者による管理 (・管理者: ・管理方法:)				
服薬状況	<input type="checkbox"/> 処方通り服用 <input type="checkbox"/> 時々飲み忘れ <input type="checkbox"/> 飲み忘れが多い、処方が守られていない				
お薬に関する、特記事項					

8. かかりつけ医について

医機関名	電話番号	診察方法	<input type="checkbox"/> 受診 <input type="checkbox"/> 訪問診療		
医師名	住所	頻度	・頻度= () 回 / 月・週		
医機関名	電話番号	診察方法	<input type="checkbox"/> 受診 <input type="checkbox"/> 訪問診療		
医師名	住所	頻度	・頻度= () 回 / 月・週		
医機関名	電話番号	診察方法	<input type="checkbox"/> 受診 <input type="checkbox"/> 訪問診療		
医師名	住所	頻度	・頻度= () 回 / 月・週		