

町田市退院調整シート

記入者()

医療機関・施設名(電話番号)	()				
カンファレンス開催日(ヒアリング日)	年	月	日	(<input type="checkbox"/> カンファレンス <input type="checkbox"/> ヒアリング <input type="checkbox"/> 電話)	
参加者(ヒアリング者)名					
所属・職種					

対象者	ふりがな				性別 (男・女)	身長・体重 (cm kg)		
	利用者氏名				BMI	BMI ()		
	生年月日	明治・大正・昭和	年	月	日 (歳)			
	介護保険 認定情報	<input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 新規申請 <input type="checkbox"/> 区分変更中 <input type="checkbox"/> 要支援(1・2) <input type="checkbox"/> 要介護(1・2・3・4・5)						
	認定有効期間	年	月	日	~	年	月	日

	入院中の状況	特記事項
疾病の 状態	主病名	
	既往歴	
	入院期間	年 月 日 ~ 年 月 日
	手術	<input type="checkbox"/> 有 (手術名:) <input type="checkbox"/> 無
	服薬状況	<input type="checkbox"/> 自己管理 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 服薬無
特別な 医療	<input type="checkbox"/> 点滴の管理 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> ストーマ(人工肛門)の処置 <input type="checkbox"/> 気管切開の処置 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 疼痛管理 <input type="checkbox"/> 褥瘡の処置 <input type="checkbox"/> カテーテル <input type="checkbox"/> 喀痰吸引	
食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り等 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 嚥下(<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良) 咀嚼(<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良) 形態(<small>学会分類 2013</small>) とろみ(<input type="checkbox"/> 薄 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 濃) 主食(<input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> 七・五・三分粥 <input type="checkbox"/> ミキサー粥) 副食(<input type="checkbox"/> 常菜 <input type="checkbox"/> 軟菜 <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> ソフト食) (<input type="checkbox"/> 一口大(cm角) <input type="checkbox"/> きざみ(cm角)) 制限(<input type="checkbox"/> 塩分 <input type="checkbox"/> 水分 <input type="checkbox"/> その他())	
口腔ケア	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り等 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 状態(<input type="checkbox"/> 手引き <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> シルバーカー <input type="checkbox"/> 車いす)	
洗身	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り等 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 不可 制限(<input type="checkbox"/> シャワー <input type="checkbox"/> 清拭 <input type="checkbox"/> その他())	
排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り等 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 オムツ・リハビリパンツ(<input type="checkbox"/> 常時 <input type="checkbox"/> 夜間のみ)	
睡眠	<input type="checkbox"/> 良眠 <input type="checkbox"/> 不眠(状態:)	
認知機能 精神状態	認知症高齢者の日常生活自立度 () 精神状態・疾患(<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ())	
リハビリ等	<input type="checkbox"/> ADL練習 <input type="checkbox"/> IADL練習 <input type="checkbox"/> 関節可動域練習(ストレッチ含む) <input type="checkbox"/> バランス練習 <input type="checkbox"/> その他() 運動制限(<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ())	
本人等の 意向		
留意事項		

日野市 介護と医療の連携シート（退院時情報提供用）

【情報提供先】

【情報提供者】

病院名	
電話番号	FAX番号
職種・氏名	

事業所名	
電話番号	FAX番号
職種・氏名	

ふりがな		性別	男・女	生年月日	年 月 日
氏名				明・大・昭・平	年 月 日 (歳)
住所					
要支援・介護度		有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日		
経済状況	<input type="checkbox"/> 年金 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> その他 ()		障害手帳	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	
家族状況	<input type="checkbox"/> 単身世帯 <input type="checkbox"/> 同居者 ()		住環境	<input type="checkbox"/> 一戸建 <input type="checkbox"/> 集合住宅 階段： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
ふりがな		本人との関係		連絡先	(自宅) - - (携帯) - -
主介護者氏名					

入院期間	年 月 日 ~ 年 月 日 (予定)	
傷病名 (主病名)	1	発症年月：昭和・平成 年 月
	2	発症年月：昭和・平成 年 月
	3	発症年月：昭和・平成 年 月
	4	発症年月：昭和・平成 年 月

退院時主病状	
感染症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> 不明

cal・水分必要(制限)量/日	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (kcal ml)
-----------------	---

推奨医療・介護サービス	<input type="checkbox"/> 往診・訪問診療 () (月 回) / <input type="checkbox"/> 外来 () (月 回)
	<input type="checkbox"/> 訪問介護 (週 回) / <input type="checkbox"/> 通所介護 (週 回) / <input type="checkbox"/> 訪問入浴 (週 回)
	<input type="checkbox"/> 訪問看護 (週 回) / <input type="checkbox"/> 訪問リハ (週 回) / <input type="checkbox"/> 通所リハ (週 回)
	<input type="checkbox"/> 短期入所 / <input type="checkbox"/> 福祉用具 () / <input type="checkbox"/> その他 ()

食事摂取	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 / むせこみ： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 / 増粘剤： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 経管栄養 (<input type="checkbox"/> 鼻腔 <input type="checkbox"/> 胃ろう) 経腸剤名・使用量 ()
------	---

食事形態	主食： <input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> その他 () / 食欲： <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 不振 副食： <input type="checkbox"/> 常菜 <input type="checkbox"/> きざみ <input type="checkbox"/> 極きざみ <input type="checkbox"/> ミキサー
------	--

排泄	尿意： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 / 便意： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 / 失禁： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 / <input type="checkbox"/> バルーン <input type="checkbox"/> ストーマ <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 声かけ <input type="checkbox"/> 定時誘導 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> 下着 <input type="checkbox"/> リハビリパンツ <input type="checkbox"/> パット <input type="checkbox"/> おむつ

更衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 (<input type="checkbox"/> 上衣着脱 <input type="checkbox"/> 下衣着脱) <input type="checkbox"/> 全介助
----	---

入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 () <input type="checkbox"/> 全介助 / 特殊浴槽： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
----	---

起き上がり	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 何かに掴まればできる <input type="checkbox"/> 介助すればできる <input type="checkbox"/> 不可
-------	---

起立	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 何かに掴まればできる <input type="checkbox"/> 介助すればできる <input type="checkbox"/> 不可
----	---

立位	<input type="checkbox"/> 支えなしでできる <input type="checkbox"/> 何か支えがあればできる () <input type="checkbox"/> 不可
----	--

歩行	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 何か支えがあればできる (<input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> シルバーカー <input type="checkbox"/> 歩行器) <input type="checkbox"/> 不可
----	--

車椅子	移乗： <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 / 自操： <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可
-----	--

意思疎通	<input type="checkbox"/> 支障がない <input type="checkbox"/> やや困難 <input type="checkbox"/> 困難 / ナースコールの理解： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
------	---

聴力	<input type="checkbox"/> 聞こえる <input type="checkbox"/> 聞こえにくい <input type="checkbox"/> 聞こえない / 補聴器： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
----	---

視力	<input type="checkbox"/> 見える <input type="checkbox"/> 見えにくい <input type="checkbox"/> 見えない / 眼鏡： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
----	---

口腔衛生	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 () <input type="checkbox"/> 全介助 / 義歯： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()
------	---

服薬の状況	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 全介助 / 服薬情報 ()
-------	--

精神状況や問題行動の有無：

.....

.....

.....

療養上の注意点やケアマネへの助言等：

.....

.....

.....

.....

.....

居宅介護支援事業所：

介護支援専門員：

留意事項

- ①このシートは、ケアマネジャーが医療機関から情報を得て記入し、課題整理総括表の作成に反映するものです。
 ②医療機関は、ケアマネジャーの聞き取りを想定し、準備しておきます。(事前の記入が可能であれば記入)
 ③このシートを使って、退院前カンファレンスで情報共有できるように医療機関側もケアマネジャー側も準備しておきましょう。

ふりがな		男	生年月日	年 月 日 (歳)
氏名		女		

退院時の要介護度	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 要 区分変更
----------	--

入院原因疾患	
--------	--

退院後の医療機関	<input type="checkbox"/> 入院していた病院 <input type="checkbox"/> 入院前のかかりつけ医()	受診方法	通院・訪問診療
	<input type="checkbox"/> その他の医療機関()		通院・訪問診療

医療機関(医師)からの見立て・変化の可能性についての説明 (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)	病状等の説明に対する本人・家族の反応・受け止め
	本人
	家族

禁忌事項	禁忌の有無	禁忌の内容・留意点
	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	

退院後に必要な事柄	処置内容	在宅で継続するための要件
	医療処置 <input type="checkbox"/> 無 <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"/> 褥瘡処置 <input type="checkbox"/> ストーマ(尿路・消化管) <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 経腸栄養 <input type="checkbox"/> 尿道カテーテル <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"/> 無 <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) <input type="checkbox"/> ターミナル <input type="checkbox"/> その他()	
リハビリの視点 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 本人指導 <input type="checkbox"/> 家族指導 <input type="checkbox"/> 関節可動域練習 <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 <input type="checkbox"/> 言語訓練 <input type="checkbox"/> 摂食・嚥下訓練 <input type="checkbox"/> ADL練習(歩行/入浴/トイレ動作/移乗/他) <input type="checkbox"/> IADL練習(買い物/調理/他) <input type="checkbox"/> 疼痛管理 <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()		

(退院後の状況・環境など)	
---------------	--

		状 況		支援内容等	見通し			
ADL (退院時)	身 体 ・ 生 活 状 況	食 事	自立・見守り・一部介助・全介助 (ペース・刻み・ソフト食・普通・経管栄養)					
		口腔ケア	自立・見守り・一部介助・全介助					
		義歯の使用	無・有					
		嚥下機能	むせる・時々むせる・無					
		移 乗	自立・見守り・一部介助・全介助					
		移 動	自立・見守り・一部介助・全介助					
		移動手段	杖・車椅子・シルバーカー・歩行器・ストレッチャー・その他()					
		排 泄	自立・見守り・一部介助・全介助 (トイレ(洋・和)・PTイレ・手すり・おむつ・カテテル等)					
		更衣	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					
		整容	自立・見守り・一部介助・全介助					
		麻痺	無・有	拘縮			無・有	
		能力	視力	<input type="checkbox"/> 問題なし			<input type="checkbox"/> やや難あり	<input type="checkbox"/> 困難
			聴力	<input type="checkbox"/> 問題なし			<input type="checkbox"/> やや難あり	<input type="checkbox"/> 困難
			言語	<input type="checkbox"/> 問題なし			<input type="checkbox"/> やや難あり	<input type="checkbox"/> 困難
意思疎通	<input type="checkbox"/> 問題なし		<input type="checkbox"/> やや難あり	<input type="checkbox"/> 困難				
精神面	認知症状	無・有						
	<input type="checkbox"/> 無 <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"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 危険行為 <input type="checkbox"/> せん妄 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> その他()							
	<input type="checkbox"/> 不眠(薬の服用： 無・有) <input type="checkbox"/> アルコールの問題 (飲酒量 1日あたり日本酒換算 合)							
服薬管理	管理	<input type="checkbox"/> 自己管理 <input type="checkbox"/> 他者 <input type="checkbox"/> その他						
	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						
<input type="checkbox"/> 服薬無	特記事項							

情報交換の履歴	回目	聞き取り日(面談日)	情報提供者名・職種	メモ (本人との面会、連絡先等)
		年 月 日	<input type="checkbox"/> 医師() <input type="checkbox"/> 看護師() <input type="checkbox"/> リハ職() <input type="checkbox"/> 歯科医師・歯科衛生士() <input type="checkbox"/> MSW() <input type="checkbox"/> ()	
		年 月 日	<input type="checkbox"/> 医師() <input type="checkbox"/> 看護師() <input type="checkbox"/> リハ職() <input type="checkbox"/> 歯科医師・歯科衛生士() <input type="checkbox"/> MSW() <input type="checkbox"/> ()	
		年 月 日	<input type="checkbox"/> 医師() <input type="checkbox"/> 看護師() <input type="checkbox"/> リハ職() <input type="checkbox"/> 歯科医師・歯科衛生士() <input type="checkbox"/> MSW() <input type="checkbox"/> ()	