

ふりがな 氏名 様 生年月日 西暦 19 年 月 日 () 歳 退院時のご本人のご希望	日程 予定日 / / / / / 実施日 / / / / /	入院日					退院日
		退院時のご家族のご希望					
ご家族・キーパーソン (同居別、お名前、続柄、職業) 図内に①②③をつける	保険種別	<input type="checkbox"/> 社本 <input type="checkbox"/> 社家 <input type="checkbox"/> 国 <input type="checkbox"/> 生 <input type="checkbox"/> 老() <input type="checkbox"/> 高 <input type="checkbox"/> 福 <input type="checkbox"/> 後 <input type="checkbox"/> 低() <input type="checkbox"/> その他の減免等()					
	身障手帳	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 将来申請 (頃) <input type="checkbox"/> 有 (肢体 内部 その他) (種 級)					
	その他の手帳 ()						
	介護保険	<input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 申請中(新規 変更) 申請日(/ /) <input type="checkbox"/> 認定済 <input type="checkbox"/> 要支援() <input type="checkbox"/> 要介護()					
	居宅介護支援事業所	ケアマネジャー					
	緊急連絡順	Tel ()					
キーパーソン① お名前	ご本人との関係() Tel ()	住居	<input type="checkbox"/> 持家 <input type="checkbox"/> 賃貸 <input type="checkbox"/> 集合住宅: エレベーター (有 無) <input type="checkbox"/> ハリア:				
キーパーソン② お名前	ご本人との関係() Tel ()	経済状況					
キーパーソン③ お名前	ご本人との関係() Tel ()						

<input type="checkbox"/> 看護サマリ添付あり 記入日 月 日 記入者 障害自立度(寝たきり度)(J A B C-1 2) 認知高齢者生活度(I IIa IIb IIIa IIIb IV M) 身長()cm 体重()kg; 増減()kg/直近3か月 栄養状態(良 不良) 利き手(右 左) 義歯 <input type="checkbox"/> 有(上 下)	移動 歩行 自立 伝い歩き 見守り 介助 車いす 自操 見守り 介助 歩行器 自操 見守り 介助 杖 杖 ロフトランド杖 四点杖 杖 ロフトランド杖 四点杖 段差 自立 手すり使用 介助 屋外 自立 補助具使用 介助 自操 見守り 介助 自操 見守り 介助 杖 ロフトランド杖 四点杖 外出介助必要	日常生活機能評価表 床上安静の指示 0, 1 どちらかの手を胸元まで持ち上げる 0, 1 寝返り 0, 1, 2 起き上がり 0, 1 座位保持 0, 1, 2 移乗 0, 1, 2 移動方法 0, 1 口腔清潔 0, 1 食事摂取 0, 1, 2 衣服の着脱 0, 1, 2 他者への意思の伝達 0, 1, 2 診療・療養上の指示が通じる 0, 1 危険行動への対応 0, 1 合計点 (0~19) 点
食事 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 経口:主食(米飯 粥) 副食(常 きざみ) <input type="checkbox"/> 経管(経鼻 経胃)()Fr 交換()週ごと 排泄 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 常時見守り <input type="checkbox"/> 介助 排尿回数()回/日 夜間排尿()回 排便回数()回/日 最終排便日(/ /) オムツ 尿器 トイレ ポータブルトイレ(24h 夜のみ) ストマ 膀胱ろう 尿道カテーテル:()Fr 交換()週ごと 入浴 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 介助(軽 中 重) 更衣 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 介助(軽 中 重) 整容 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 介助(軽 中 重) <input type="checkbox"/> 吸痰・口腔ケア <input type="checkbox"/> 別紙参照 <input type="checkbox"/> 床ずれ・清拭 <input type="checkbox"/> 別紙参照 <input type="checkbox"/> 服薬の注意点 <input type="checkbox"/> 別紙参照		

<input type="checkbox"/> リハビリサマリ添付あり 記入日 月 日 記入者 FIM等の機能評価 リハビリ これまでの訓練目標と見込み 在宅で継続すべきこと 回避すべきこと(過介助等)	機能低下時のリハビリ相談先: 補助具と装具(今後の修正、更新) 必要なリハサービス
---	---

<input type="checkbox"/> 情報提供書添付あり 診断名 <input type="checkbox"/> 脳梗塞 <input type="checkbox"/> ラクナ <input type="checkbox"/> アテローム <input type="checkbox"/> 心原性塞栓 <input type="checkbox"/> 他 <input type="checkbox"/> 脳出血 <input type="checkbox"/> 橋 <input type="checkbox"/> 視床 <input type="checkbox"/> 被殻 <input type="checkbox"/> 皮質下 <input type="checkbox"/> 他 <input type="checkbox"/> クモ膜下出血 <input type="checkbox"/> その他() 発症日 年 月 日 発症部位 治療経過 (/): (/): (/): 既往歴 アレルギー() 感染症(検査日 月 日) <input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> HBs <input type="checkbox"/> 梅毒 <input type="checkbox"/> HCV <input type="checkbox"/> その他() 併存・合併症の今後の注意点 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 不整脈 <input type="checkbox"/> 痙攣発作 <input type="checkbox"/> 水頭症 <input type="checkbox"/> 感染 <input type="checkbox"/> その他()	記入日 月 日 記入者 失見当識 <input type="checkbox"/> 日付がわからない <input type="checkbox"/> 家族の名前がわからない <input type="checkbox"/> 自分の居場所がわからない 運動麻痺 <input type="checkbox"/> 右(左) (上肢 下肢)の力が入らない <input type="checkbox"/> 麻痺側の介助が必要 失調 <input type="checkbox"/> 歩行時にふらつく <input type="checkbox"/> 立ってられない 感覚障害 <input type="checkbox"/> 右(左)側の感覚が鈍い 半側空間無視 <input type="checkbox"/> 右(左)側の刺激に関心・注意が向かない 半盲 <input type="checkbox"/> 右(左)半分が見えない 視力 <input type="checkbox"/> 右(左)眼が見えにくい 難聴 <input type="checkbox"/> 右(左)耳が聞こえにくい <input type="checkbox"/> 補聴器使用 失語 <input type="checkbox"/> 言いたいことを言葉にできない <input type="checkbox"/> 言葉を理解できない 構音障害 <input type="checkbox"/> 呂律が回らない <input type="checkbox"/> 他人には聞き取れない 嚥下障害 <input type="checkbox"/> 食事でむせる 記憶力障害 <input type="checkbox"/> 直近のことを忘れる コミュニケーション <input type="checkbox"/> 筆談 <input type="checkbox"/> 手話 <input type="checkbox"/> 家族とのみ <input type="checkbox"/> 不可能 問題行動 <input type="checkbox"/> せん妄(昼夜問わず 夜間) <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 拒薬 <input type="checkbox"/> 抑うつ <input type="checkbox"/> 意欲低下 <input type="checkbox"/> 不眠
在宅療養・生活習慣のリスクと注意点 <input type="checkbox"/> 薦められること <input type="checkbox"/> 控えるべきこと <input type="checkbox"/> 昼間の注意点 <input type="checkbox"/> 夜間の注意点 <input type="checkbox"/> 服薬の注意点	悪化・再発予防策 <input type="checkbox"/> 受療すべき時機 <input type="checkbox"/> 内服薬の調整 <input type="checkbox"/> 食事 <input type="checkbox"/> 嗜好品 <input type="checkbox"/> 運動
処方箋コピー添付あり 服薬指導書添付あり 管理方法 <input type="checkbox"/> 自己管理 <input type="checkbox"/> 家族管理 <input type="checkbox"/> 介護者管理 <input type="checkbox"/> 一包化	栄養 <input type="checkbox"/> 栄養指導書添付あり <input type="checkbox"/> カロリー <input type="checkbox"/> 塩分 <input type="checkbox"/> 食形態 <input type="checkbox"/> その他()

退院準備の相談 (月 日) 出席者(病院・施設名): <検討されたこと> <検討内容> <生活全般の解決すべき課題> 3ヶ月目標: 6ヶ月目標: 記入者: 入院中のケア 療養の要点 <課題解決のために必要なサービス> 訪問看護: 訪問入浴: 居宅療養管理指導: 訪問介護: 通所リハビリ: 住宅改修、福祉用具: 訪問リハビリ: 通所介護:	急変時の病院連絡先 (緊急入院ができない場合もあります) Tel () 在宅かかりつけ医 Tel ()	私は地域連携に基づく診療計画に関する説明を受けました。 書かれた内容が病院・施設間の連絡調整等に使用される ことに同意します。 説明・同意日: 年 月 日 本人、家族の署名:
--	--	---