

ふりがな 氏名	(男 女)	日程	入院日				退院日
様	日( )歳	予定日	/	/	/	/	/
退院時のご本人のご希望		実施日	/	/	/	/	/
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	退院時のご家族のご希望					
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 ( ) <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( )	介護保険					
緊急連絡順		居宅介護支援事業所					
ケアマネジャー		ケアマネジャー					
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	移動	屋内	屋外
障害自立度(寝たきり度)(J A B C-1 2)			歩行	自立 伝い歩き 見守り 介助	自立 補助具使用 介助
認知高齢者生活度( I IIa IIb IIIa IIIb IV M )			車いす	自操 見守り 介助	自操 見守り 介助
身長( )cm 体重( )kg:増減( )kg/直近3か月			歩行器	自操 見守り 介助	自操 見守り 介助
栄養状態(良 不良) 利き手(右 左) 義歯 <input type="checkbox"/> 有(上 下)			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	外出介助必要
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)				
吸痰・口腔ケア	<input type="checkbox"/> 別紙参照				
床ずれ・清拭	<input type="checkbox"/> 別紙参照				
服薬の注意点	<input type="checkbox"/> 別紙参照				
				日常生活機能評価表	
				0:できる、介助なし	1:できない、一部介助
				2:できない、全介助	
				合計点 (0~19)	点

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

<input type="checkbox"/> 情報提供書添付あり	記入日 月 日	記入者
診断名	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	
<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( )	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	
発症日 年 月 日	失調 <input type="checkbox"/> 歩行時にふらつく <input type="checkbox"/> 立ってられない	
発症部位	感覚障害 <input type="checkbox"/> 右(左)側の感覚が鈍い	
治療経過 ( / ):	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	
既往歴	在宅療養・生活習慣のリスクと注意点	
アレルギー( )	<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	
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( )	悪化・再発予防策	
併存・合併症の今後の注意点	<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	
<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( )		
処方箋コピー添付あり <input type="checkbox"/> 服薬指導書添付あり	栄養	
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	<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	可能な限り、ケアマネジャーを交えて、多職種の方々のカンファレンスにして下さい。	
( 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:		
入院中のケア	療養の要点	
0 3 6 9 12 15 18 21 24		
<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)	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。	
Tel ( )	説明・同意日: 年 月 日 本人、家族の署名:	
在宅かかりつけ医	Tel ( )	