*（事業所名）*

退院・退所情報記録書

【基本情報・現在の状況　等】　　　　　　記入日：令和　　年　　月　　日　　　記入者：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 属性 | フリガナ |  | 性　別 | | 年　齢 | | | | 退院（所）時の要介護度 | | | | | | | | |
| 氏　　名 |  | 男　女 | | 歳 | | | | 要支援（ ）　要介護（ ）  要区分変更　　申請中　　なし | | | | | | | | |
| 入院（所）概要 | 期　　間 | 入院（所）日：令和　　年　　月　　日 | | | | | | 退院（所）予定日：令和　　年　　月　　日 | | | | | | | | | |
| 入院原因疾患  (入所目的等) |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 入院・入所先 | 施設名： | | | | | | | | | | | | 棟　　　　室 | | | |
| 今後の医学管理 | 医療機関名： | | | | | | | | | | | 方法 | | | 通院　　訪問診療 | |
| 疾患と入院(所)中の状況 | 現在治療中の  疾　患 | 1. ②　　　　　　　　　③ | | | | | | | | 疾患の状況  ＊番号記入 | | | | | 安定（　　　　　　）  不安定（　　　　　） | | |
| 移動手段 | 自立　　杖　　歩行器　　車いす　　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | |
| 排泄方法 | トイレ　　ポータブル　　おむつ　　カテーテル・パウチ（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | |
| 入浴方法 | 自立　　一部介助　　全介助　　シャワー浴　　一般浴　　機械浴　　行わず | | | | | | | | | | | | | | | |
| 食事形態 | 普通　経管栄養　その他（　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | UDF等の食形態区分 | | | | | |  |
| 嚥下機能(むせ) | なし　あり（時々／常に） | | 義歯 | | | なし　　あり（部分／総） | | | | | | | | | | |
| 口腔清潔 | 良　　不良　　著しく不良 | | 入院(所)中の使用：なし　　あり | | | | | | | | | | |
| 口腔ケア | 自立　　一部介助　　全介助 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 睡　　眠 | 良好　　不良（　　　　　　　　　　　　） | | | | 眠剤の使用 | | | | | | なし　　あり（　　　　　　　） | | | | | |
| 認知・精神 | 認知機能低下　せん妄　徘徊　焦燥・不穏　攻撃性　その他（　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | |
| 受け止め・意向 | 《本人》病気、障害、後遺症の受け止め方 | 本人への病名告知：あり　　なし | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 《本人》退院後の生活に関する意向 |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 《家族》病気、障害、後遺症の受け止め方 |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 《家族》退院後の生活に関する意向 |  | | | | | | | | | | | | | | | |

【課題認識のための情報】

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 退院後に必要な事柄 | 医療処置の内容 | なし  点滴 　酸素療法 　喀痰吸引 　気管切開 　胃ろう 　経管栄養 　経腸栄養  褥瘡 　尿道カテーテル 　尿路ストーマ 　消化管ストーマ　痛みコントロール  排便コントロール 　自己注射（　　　　　　　） 　その他（　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| 看護の視点 | なし  血圧　水分制限　　食事制限　食形態　嚥下　口腔ケア　清潔ケア  血糖コントロール　排泄　皮膚状態　睡眠　認知機能・精神面　服薬指導  療養上の指導（食事・水分・清潔ケア・排泄などにおける指導）　ターミナル  その他（　　　　 　　　　　　　　　　） | | |
| リハビリの視点 | なし  本人指導　家族指導　関節可動域訓練（ｽﾄﾚｯﾁ含む）　筋力増強訓練　バランス訓練  麻痺・筋緊張改善訓練　起居／立位等基本動作訓練　　摂食・嚥下訓練　言語訓練  ADL訓練（歩行/入浴/トイレ動作/移乗等）　IADL訓練（買い物/調理等）  疼痛管理（痛みコントロール）　更生装具・福祉用具等管理　運動耐容能訓練  地域活動支援　　社会参加支援　就労支援　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| 禁忌事項 | なし　　あり（内容・留意点：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| 症状・病状の  予後・予測 | |  | | |
| 退院に際して日常生活の阻害要因（心身状況、環境等） | | 医療機関かたの見立てや意見（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）、良くなっていくまたはゆっくり落ちていく方向なのか　等）について　　　①疾患と入院中の状況、②本人・家族の受け止めや以降、③退院時に必要な状況、④その他の観点から必要と思われる事項について記載する | | |
|  | | |
| 在宅復帰のために整えなければならない要件 | |  | | |
| 回目 | 聞き取り日 | | 情報提供を受けた職種（氏名） | 会議出席 |
| １ | 令和　　年　　月　　日 | |  | 無　有 |
| ２ | 令和　　年　　月　　日 | |  | 無　有 |
| ３ | 令和　　年　　月　　日 | | *令和元年10月ケアマネット清瀬作成* | 無　有 |