

様式集

(様式1) 服薬情報報告書(サマリ)	P 20
(様式2) 医療福祉連携シート	P 21
(様式3) 利用者状況表	P 22
(様式4-1) 退院・転院時サマリ (北アルプス医療センターあづみ病院)	P 25
(様式4-2) 退院・転院時看護要約 (市立大町総合病院)	P 26
(様式5) 在宅歯科訪問診療マッチングシート	P 28
(様式6-1) 入院時情報提供書	P 30
(様式6-2) 退院・退所情報提供書	P 32
関係機関一覧	P 33
医療機関(病院、診療所、歯科診療所、薬局)	
訪問看護ステーション	
居宅介護支援事業所	
地域包括支援センター	
入退院調整ルール作成の経過	P 39

年 月 日

服薬情報報告書（サマリ）

宛先 _____ 様

発信 薬 局

薬剤師

かかりつけ薬剤師（氏名 _____）

患 者	氏名（フリガナ）	性別） 男 女	生年月日）
調剤薬剤	<input type="checkbox"/> 処方せんコピーの通り		<input type="checkbox"/> 別紙：記載の通り
調剤期間	～現在又は		
服薬コンプライアンス	<input type="checkbox"/> 良好：残薬はほとんどなし 特記事項：		<input type="checkbox"/> 不良：残薬あり
服薬中の副作用らしき症状	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 特記事項：		
服薬中の相互作用の可能性	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 特記事項：		
併用薬	<input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり：		
併用サプリメント（非医薬品）	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり：		
保管管理上の注意点	<input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり：		
服薬モチベーション	<input type="checkbox"/> 高い <input type="checkbox"/> 低い		
指導の要点			
今後についての意見			
患者背景	副作用経験（ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり： アレルギー（ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり： キーパーソン（ <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> あり： その他特記事項（ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり：		

医療福祉連携シート

年 月 日

宛先		発信	介護支援事業者名称 担当介護支援専門員 連絡先 TEL
----	--	----	-----------------------------------

利用者	氏名		性別	男・女
	住所		連絡先	()
	生年月日	M・T・S 年 月 日 (歳)	介護度	要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5
今までの生活で伝えたいこと	○ご本人及び家族の生活に対する意向 (在宅での生活状況等)			
	A. 健康状態 (主病名等)			
	B. 心身機能・身体構造の状況 (ADL の状況、障害の程度、必要な日常生活用具等) 食 事： 自立・一部介助・全介助 (ペースト・刻み・ソフト・トロミ・普通) / 経管栄養 移動移乗： 自立・一部介助・全介助・その他 (見守り・手引き・杖・歩行器・歩行車等・車椅子) 入 浴： 自立・一部介助・全介助・不可 (シャワー・清拭) 排 泄： 自立・見守り・介助/留置カテーテル・オムツ (常時・夜間のみ) 夜間状態： 良眠・不穏 (状態：)			
	C. 健康状態に対して在宅で行われていたご本人の活動 (健康状態をどの様に受け止めていたのか等)			
	D. 生活・ライフワークへの関わりや参加 (人生場面：就学、就職、育児、いきがい等への参加)			
	E. 生活環境や社会環境 (家族構成・状況・在宅で行われていた医療、かかりつけ医、本人や家族のセルフケア能力等)			
	F. 健康状態・状況以外特徴 (ご本人の性格やこだわり等)			
退院時に知りたいこと	○在宅介護の実際に関するケアマネジャーの所感 (在宅療養上の課題等)			
	<input type="checkbox"/> 多職種によるカンファレンス開催 <input type="checkbox"/> 本人・家族への IC (病状説明他) 時に参加 (家族同意 有 <input type="checkbox"/> ・ 無 <input type="checkbox"/>) <input type="checkbox"/> 今後予想される医療・生活の課題 <input type="checkbox"/> 入院中のケアや療養の要点 <input type="checkbox"/> リハビリ目標と見込み (短期～中期) <input type="checkbox"/> 在宅でも継続すべきこと <input type="checkbox"/> 回避すべきこと <input type="checkbox"/> 機能低下時のリハビリ相談先 <input type="checkbox"/> 家屋評価の要否に関する意見 <input type="checkbox"/> 補助具と装具の選定支援 (修正、更新) <input type="checkbox"/> 必要と思われるリハビリサービス <input type="checkbox"/> その他 ()			

利用者状況表		事業所名
【基礎情報】	調査日	記入者

利用者氏名	(フリガナ)		性別	□ 男 ・ □ 女	
	殿		生年月日		
住所			電話番号		
主介護者	殿 (続柄:)				
緊急時の連絡先	昼:		夜:		屋Tel: 夜Tel:
介護被保険者番号	有効期間		保 険 者		
要介護度	□非該当 □支1 □支2 □介1 □介2 □介3 □介4 □介5 □申請中 □更新中				
居宅介護支援事業所	(担当:) Tel				
主治医			科	(担当:) Tel	
			科	(担当:) Tel	
疾病			投薬		
特記事項					
入院歴	医療機関	~		病名	
		~		病名	
入院歴	施設名	~			
		~			

【身体状況】

自立度	□なし □J1 □J2 □A1 □A2 □B1 □B2 □C1 □C2					
認知度	□正常 □I □IIa □IIb □IIIa □IIIb □IV □M					
麻痺	□なし □四肢 □上肢(左) □上肢(右) □下肢(左) □下肢(右) □その他					
	特記:					
筋力低下	□なし □四肢 □上肢(左) □上肢(右) □下肢(左) □下肢(右) □その他					
	特記:					
拘縮	□なし □膝() □股() □肘() □肩() □その他()					
	特記:					
移乗移動	□自力	□歩行() □車椅子 □リクライニング □装具・補装具() □その他				
	□一部	特記:				
	□全部					
排泄	□自力	□トイレ □Pトイレ □尿器 □おむつ □リハパン □尿取り				
	□一部	尿意	□あり □なし	便意	□あり □なし	排泄間隔 日に一度
	特記:		特記:			
	□全部					
	□要誘導					
入浴	□自力	□一般浴 □チェア浴 □リフト浴 □清拭 □その他				
	□一部	特記:				
	□全部					
	□拒否あり					
食事	□自力	主	□ごはん □おかゆ □ミキサー □経管栄養()			
	□一部	副	□普通 □ほぐし □きざみ □みじん □グリース			
	□全部	□箸 □スプーン		□フォーク □エプロン □自助具()		
	□アレルギー有	特記:				
	□制限有					
嚥下	□良	特記:				
	□不良					
	□不可					

義 歯	<input type="checkbox"/> 全義歯 <input type="checkbox"/> 上義歯 <input type="checkbox"/> 下義歯 <input type="checkbox"/> 全自歯 <input type="checkbox"/> 全自歯義歯あり <input type="checkbox"/> その他 特記：		
褥 瘡	<input type="checkbox"/> あり	部位	<input type="checkbox"/> 仙骨部 <input type="checkbox"/> 大転子部 <input type="checkbox"/> その他 ()
	<input type="checkbox"/> なし	状態	<input type="checkbox"/> 発赤 <input type="checkbox"/> 皮むけ <input type="checkbox"/> ポケット <input type="checkbox"/> その他 ()
	<input type="checkbox"/> 要体交	体交具	<input type="checkbox"/> 円座 <input type="checkbox"/> 枕・クッション <input type="checkbox"/> エアーマット <input type="checkbox"/> その他 ()
	<input type="checkbox"/> 要体交具	特記：	
浮 腫	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 四肢 <input type="checkbox"/> 上肢(左) <input type="checkbox"/> 上肢(右) <input type="checkbox"/> 下肢(左) <input type="checkbox"/> 下肢(右) <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> なし 特記：		
	<input type="checkbox"/> 畳	特記：	
就 寝	<input type="checkbox"/> ベッド	特記：	
	特記：		
視 力	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 両弱視 <input type="checkbox"/> 左弱視 <input type="checkbox"/> 右弱視 <input type="checkbox"/> 全盲 <input type="checkbox"/> その他 () 特記：		
	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 両難聴 <input type="checkbox"/> 左難聴 <input type="checkbox"/> 右難聴 <input type="checkbox"/> その他 () 特記：		
意 思 疎 通	<input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 意思伝達一方からのみ <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 一部可能 特記：		
	特記：		
認 知 精 神 状 況	<input type="checkbox"/> 記憶障害 <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 軽度		
	<input type="checkbox"/> 失見当識 <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 軽度		
	<input type="checkbox"/> 理解力 <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 軽度		
	<input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 暴言・暴力 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 自傷行為 <input type="checkbox"/> 作話 <input type="checkbox"/> 幻覚 <input type="checkbox"/> 幻聴 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> せん妄 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 収集癖		
	特記：		
嗜 好	<input type="checkbox"/> たばこ	特記：	
	<input type="checkbox"/> 飲酒	特記：	
リハビリ	ラム		希望
	ブログ		

【身体状況】

家族構成	主介護者		生活歴・家庭状況	居室配置図
手すり移動バーポータブルトイレなど				

【ニーズ】

希 望 目 的	利用目的	
	希 望	
利 用 内 容	利用期間	
	入退所時間	入所 () 退所 ()
	送迎方法	入所 (<input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 家族) 退所 (<input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 家族)
	特記：	

退院・転院時看護サマリ

患者 ID

患者氏名		性別		生年月日		電話番号	
様				現住所			
病棟名		診療科		入院日		退院日	
受持看護師		主治医		感染症	TPHA		
入院病名		手術歴			RPR		
既往歴				アレルギー	HBs 抗原		
					HCV 抗原		
				HIV			
				MRSA			
入院中の経過				退院時処方			
看護問題点				薬剤			
				食物			
特記事項				家族構成			
日常生活援助	移動 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> ベッド上			当日の状況		本人・家族 病状説明の受け止め方	
	食事 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 絶食 <input type="checkbox"/> 経管食			バイタル	血圧 mmHg		
	排泄 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助				脈拍 /min		
	排泄方法 <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> パルーンカテーテル				体温 °C		
	入浴 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助				酸素飽和度 %		
	衣服着脱 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			食物形態		緊急連絡先①	
	睡眠 睡眠剤服用： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無						
	内服 <input type="checkbox"/> 自己管理 <input type="checkbox"/> 一回配薬 <input type="checkbox"/> 一日配薬			最終排便		氏名	
障害 <input type="checkbox"/> 聴覚 <input type="checkbox"/> 視覚 <input type="checkbox"/> 言語 <input type="checkbox"/> その他					続柄		
						電話番号	
北アルプス医療センターあづみ病院 長野県北安曇郡池田町大字池田 3207 番地 1 (0261) 62-3166						作成年月日	
						記載者：	

退院・転院時看護要約(1)

宛先

様

フリカ ^ナ 氏名	様	性別	住所 電話	電話：
生年月日				
入院期間			連絡先	①氏名：様 続柄： 電話： 携帯：
病名				②氏名：様 続柄： 電話： 携帯：
既往歴			家族構成	
感染症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 HBs： TPHA： RPR： HCV抗体： MRSA：(飛沫) (接触) <input type="checkbox"/> その他		キーパーソン	
介護保険			アレルギ-	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
			ケア マネジャー	

入院経過	継続される看護課題
	特記事項(処方内容別紙参照)
本人家族の思い	
市立大町総合病院 長野県大町市大町 3130 電話：(0261) 22-0415	記載日

在宅歯科訪問診療マッチングシート

包括支援センター 医師会・薬剤師会・総合病院等	_____ 包括支援センター 医療機関名 担当者_____ ファックス_____ - _____ 電話_____ - _____
問い合わせ・依頼日時	年 月 日 午前・午後 時
患者氏名 (カタカナ) 性別	() 男性・女性
訪問先住所	
依頼者氏名(本人以外のとき)	本人との間柄 _____ 氏名 _____
年齢/生年月日	歳(大正・昭和・平成 年 月 日)
通院できない理由 (例脳梗塞後遺症のため寝たきり) 医科への通院状況	通院していない・現在通院している⇒訪問歯科診療が行えない場合があります。
お口の症状	<ul style="list-style-type: none"> ・入れ歯のトラブル(紛失・義歯があわない・壊れたなど) ・歯の症状(歯が痛い・かけた・抜けた・勤く・噛めないなど) ・歯ぐきの症状(腫れた・出血・切れたなど) ・摂食嚥下のトラブル ・その他(具体的に _____)
かかりつけ歯科医	いない いる⇒かかりつけ歯科医に連絡してもらう
連絡先	誰に _____ 電話 _____ (携帯電話) _____ - _____
健康保険	社保一 国保・後期高齢一 生保・その他(_____)
要介護認定	ない・あり(支援 1・2・介護 1・2・3・4・5)
	※ありの場合介護支援専門員の氏名 連絡先 _____
特記事項	

ファックスにて連絡 包括支援センター(医療機関等)から大北歯科医師会在宅医療・介護連携委員会 地区担当へ



受理 大北歯科医師会 在宅医療・介護連携委員会 担当 _____ が連絡を受けました。

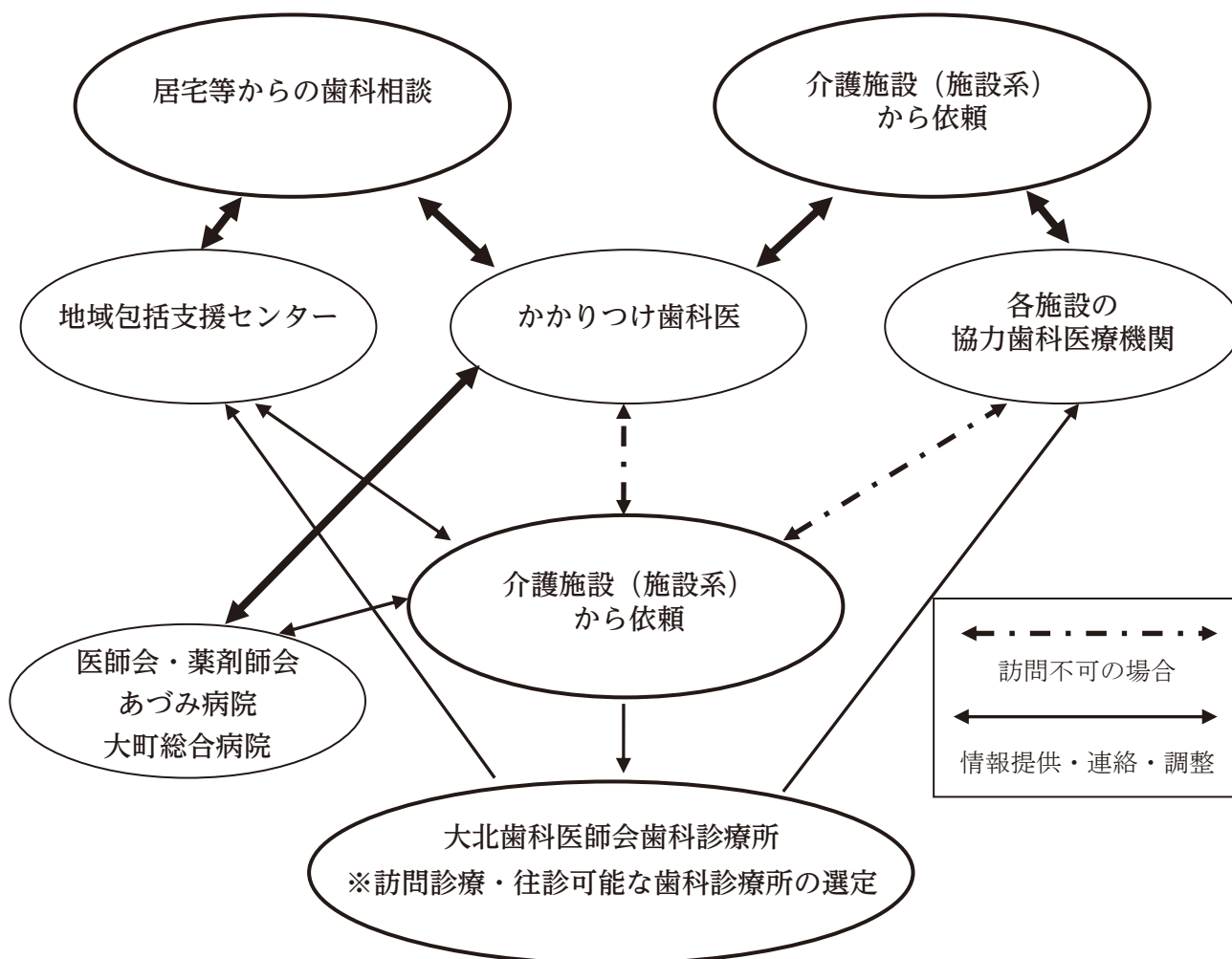
- ・ 歯科医療機関の選定を行い、連絡いたします。しばらくお待ち下さい
- ・ (歯科医院名) _____ (電話 _____ - _____) が訪問診療します。
 - ・ 患者さんにお伝えして歯科医院に訪問診療申込の連絡を入れてもらうようお伝え下さい。
 - ・ 患者さんには訪問する歯科診療所から連絡を入れます。



在宅医療・介護連携委員会 担当より地域包括支援センター(医療機関等)へファックス

在宅歯科訪問診療フローチャート

※かかりつけ歯科医がいる場合は、まずは「かかりつけ歯科医」に相談してください。



地域包括支援センター

小谷村地域包括支援センター	82-3135
白馬村地域包括支援センター	72-6667
大町市地域包括支援センター	22-0420
大町市北部地域包括支援センター	85-0062
大町市南部地域包括支援センター	21-1702
池田町地域包括支援センター	61-5000
松川村地域包括支援センター	62-3290

在宅医療・介護連携委員会（大北歯科医師会）

柏原政信（小谷村・白馬村担当）	71-1182	Fax71-1185
小田高平（小谷村・白馬村担当）	72-6482	Fax72-6481
飯沢幸喜（大町市担当）	23-7050	Fax23-7051
高橋京子（大町市担当）	23-0500	Fax23-0500
富岡 優（池田町・松川村担当）	62-2332	Fax62-2219
丸山久雄（池田町・松川村担当）	62-0648	Fax62-0418
竹内宗彦（池田町・松川村担当）	62-2151	Fax62-6822

医師会・薬剤師会・あづみ病院・大町総合病院 窓口
 専務理事 佐藤 悟（白馬村・大町市担当 兼務）
 23-3211 Fax22-7730

情報提供内容

○患者情報
 氏名・年齢・居住地・連絡先（本人・家族）
 症状（なるべく具体的に）・通院困難理由
 介護認定の有無・かかりつけ歯科医 など

入院時情報提供書

医療機関 ← 居宅介護支援事業所

医療機関名:

事業所名:

ご担当者名:

ケアマネジャー氏名:

TEL:

FAX:

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。

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	年 月 日	生
住所	〒	電話番号			
住環境 ※可能ならば、「写真」などを添付	住居の種類(戸建て・集合住宅)・__階建て。居室__階。エレベーター(有・無) 特記事項()				
入院時の要介護度	<input type="checkbox"/> 要支援 () <input type="checkbox"/> 要介護 () 有効期間: 年 月 日 ~ 年 月 日 <input type="checkbox"/> 申請中(申請日 /) <input type="checkbox"/> 区分変更(申請日 /) <input type="checkbox"/> 未申請				
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				医師の判断
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				ケアマネジャーの判断
介護保険の自己負担割合	<input type="checkbox"/> __割 <input type="checkbox"/> 不明	障害など認定	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(身体・精神・知的)		
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. 家族構成/連絡先について					
世帯構成	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> 子と同居 <input type="checkbox"/> その他 () * <input type="checkbox"/> 日中独居				
主介護者氏名	(続柄・才)	(同居・別居)	TEL		
キーパーソン	(続柄・才)	連絡先	TEL:	TEL	
3. 本人/家族の意向について					
本人の趣味・興味・関心領域等					
本人の生活歴					
入院前の本人の生活に対する意向	<input type="checkbox"/> 同封の居宅サービス計画(1)参照				
入院前の家族の生活に対する意向	<input type="checkbox"/> 同封の居宅サービス計画(1)参照				
4. 入院前の介護サービスの利用状況について					
入院前の介護サービスの利用状況	同封の書類をご確認ください。 <input type="checkbox"/> 居宅サービス計画書1.2.3表 <input type="checkbox"/> その他 ()				
5. 今後の在宅生活の展望について(ケアマネジャーとしての意見)					
在宅生活に必要な要件					
退院後の世帯状況	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> 子と同居(家族構成員数 名) * <input type="checkbox"/> 日中独居 <input type="checkbox"/> その他 ()				
世帯に対する配慮	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要 ()				
退院後の主介護者	<input type="checkbox"/> 本シート2と同じ <input type="checkbox"/> 左記以外(氏名 続柄 ・ 年齢)				
介護力*	<input type="checkbox"/> 介護力が見込める(<input type="checkbox"/> 十分 ・ <input type="checkbox"/> 一部) <input type="checkbox"/> 介護力は見込めない <input type="checkbox"/> 家族や支援者はいない				
家族や同居者等による虐待の疑い*	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()				
特記事項					
6. カンファレンス等について(ケアマネジャーからの希望)					
「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 ()				
「退院前訪問指導」を実施する場合の同行	<input type="checkbox"/> 希望あり				

* = 診療報酬 退院支援加算 1. 2 「退院困難な患者の要因」に関連

出典 居宅介護支援費の退院・退所加算に係る様式例の提示について(抄)
 (厚生労働省老健局振興課長通知 平成21年老振発第0313001号 最終改正平成30年老高発0322第2号)

(裏)

7. 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 ()			
A D L	移動	自立	見守り	一部介助	全介助	移動(室内)	<input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他			
	移乗	自立	見守り	一部介助	全介助	移動(屋外)	<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	()回/日(朝__時頃・昼__時頃・夜__時頃)				食事制限	<input type="checkbox"/> あり () <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明			
	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				UDF等の食形態区分				
	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	水分制限	<input type="checkbox"/> あり () <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明			
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(部分・総)				
	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				
喫煙		無	有__本くらい/日		飲酒	無	有__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		眼鏡	<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(理由:)				期間:	H 年 月 日～H 年 月 日)			
	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								
入院前に実施している医療処置*		<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 ()								

8. 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 ()	居宅療養管理指導	<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 <input type="checkbox"/> 服薬拒否		
お薬に関する、特記事項			

9. かかりつけ医について

かかりつけ医機関名		電話番号	
医師名	(7/ガナ)	診察方法・頻度	<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 訪問診療 ・頻度= ()回 / 月

* = 診療報酬 退院支援加算 1. 2 「退院困難な患者の要因」に関連

退院・退所情報記録書

1. 基本情報・現在の状態 等

記入日： 年 月 日

属性	フリガナ	性別	年齢	退院(所)時の要介護度 (□ 要区分変更)	
	氏名	様 男・女	歳	□要支援()・要介護()	□申請中 □なし
入院所概要	入院(所)日	年 月 日		退院(所)予定日： 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
① 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 □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()			
② 受け止め/意向	<本人>病気、障害、後遺症等の受け止め方	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、後遺症等の受け止め方				
	<家族>退院後の生活に関する意向				

2. 課題認識のための情報

③ 退院後に必要な事柄	医療処置の内容	<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)	
症状・病状の予後・予測	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり				
退院に際しての日常生活の阻害要因(心身状況・環境等)	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)、良くなっていく又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・家族の受け止めや意向、③退院後に必要な事柄、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	年 月 日			無・有	
2	年 月 日			無・有	
3	年 月 日			無・有	

※ 課題分析にあたっては、必要に応じて課題整理総括表の活用も考えられる。