

# 退院時連携シート

入院日

退院(予定)日

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。

フリガナ 氏名		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日	0 歳
------------	--	--	------	-----

退院時の要介護度	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 要支援 ( ) <input type="checkbox"/> 要介護 ( ) <input type="checkbox"/> 区分変更中
----------	---

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	<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 訪問診療
	<input type="checkbox"/> その他の医療機関 ( )		<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 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 <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"/> 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"/> 福祉用具・住環境 <input type="checkbox"/> その他 ( )	

情報交換の履歴	回	聞き取り日 (面談日)	情報提供者 職種・(名前)	会議の 出席	記録
	1			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	2			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	3			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	

退院後の課題(阻害要因) (心身の状況・環境など)	①	④
	②	⑤
	③	⑥

		状 況		支援内容等		見通し	
A D L (退院時)の 状 況	身 体 ・ 生 活 状 況	食 事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助				
			<input type="checkbox"/> ペースト <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> ソフト食 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 経管栄養				
		口 腔 ケ ア	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助				
			義歯の使用 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有				
			嚥下機能 <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 時々むせる <input type="checkbox"/> むせる				
		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				
		移 動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助				
			移動手段 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> シルバーカー <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> ストレッチャー <input type="checkbox"/> その他 ( )				
		排 泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助				
			<input type="checkbox"/> 和トイレ <input type="checkbox"/> 洋トイレ <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> 手すり <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> カーペット等				
		更 衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <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				
		整 容	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助				
		麻 痺	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 拘 縮 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 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				
コ ミ ュ ニ ケ ー シ ョ ン	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 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有						
	精神症状 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有						
	<input type="checkbox"/> その他 ( )						
	【特記事項】						
服 薬	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有						
	【特記事項】						