

入退院連携シート その1

提出先	病院	事業所名			
		担当者名			
入院日(予定)	令和 年 月 日	電話		FAX	

ふりがな氏名	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 西暦	年 月 日	年齢 歳	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
--------	--	-------	------	----	---

現住所	TEL	FAX
	携帯電話	

緊急時連絡先	ふりがな氏名	続柄	同居/別居	電話番号(携帯推奨)	備考(連絡しやすい時間帯等)
	①		<input type="checkbox"/> 同 <input type="checkbox"/> 別(市)	日中 夜間	
	②		<input type="checkbox"/> 同 <input type="checkbox"/> 別(市)	日中 夜間	
	③		<input type="checkbox"/> 同 <input type="checkbox"/> 別(市)	日中 夜間	

世帯状況 単身世帯 高齢者世帯 その他の世帯()

手帳等 無 身体障害者手帳 療育手帳 精神障害者保健福祉手帳 その他()

経済状況 国民年金 厚生年金 生活保護 その他 ()

かかりつけ医	機関名	(科)	電話	家族構成図	
	1	主治医	FAX	○:女性 □:男性 ※本人は2重 ※死亡の場合は黒塗り【同居関係】円で囲む	
		病名等:			
	2	機関名	(科) 電話		
	主治医	FAX			

かかりつけ歯科医 無 有 治療中 治療終了 年 月頃 不明

機関名: 電話

担当医: FAX

かかりつけ薬局 無 有 お薬手帳 無 有 電話 FAX

薬局名: 氏名: 続柄:

訪問看護ステーション 無 有 電話 FAX

機関名: 氏名: 続柄:

住環境 一戸建 集合住宅 (階建て 階) エレベーター

施設・高齢者住宅等() 氏名: 続柄:

道路~自室までの階段や段差 無 有()

移動/外出に障害となる環境 無 有()

金銭管理 本人 家族(続柄:) その他()

麻痺 無 有() 氏名: 続柄:

視/聴覚障害 無 有() 眼鏡 補聴器

要介護度 非該当 申請中 区分変更中 要支援() 要介護()

申込中の施設 無 有()

サービス利用 訪問介護(回/週) 訪問看護(回/週) 訪問リハビリ(回/週) 訪問入浴(回/週)

通所介護(回/週) 通所リハビリ(回/週) 短期入所(日/週 日/月 随時)

福祉用具貸与() 住宅改修()

その他のサービス利用:種類/頻度等()

特記事項/その他(日中の状態、入院までの経過、興味・関心のある事など(文字数等によって印字されないのでご確認下さい))

入退院連携シート その2

患者氏名: (生年月日: 明治 大正 昭和 西暦 年 月 日)

	①入院前の状態 令和 年 月 日	②退院に向けて 令和 年 月 日
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	<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
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	<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
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"/> 絶食	<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"/> 絶食
嚥下機能	<input type="checkbox"/> むせない <input type="checkbox"/> 時々むせる <input type="checkbox"/> 常にむせる	<input type="checkbox"/> むせない <input type="checkbox"/> 時々むせる <input type="checkbox"/> 常にむせる
口腔状態	<input type="checkbox"/> 自歯 <input type="checkbox"/> 欠損歯あり(義歯使用) <input type="checkbox"/> 欠損歯あり(義歯不使用) <input type="checkbox"/> 不明・把握せず	<input type="checkbox"/> 自歯 <input type="checkbox"/> 欠損歯あり(義歯使用) <input type="checkbox"/> 欠損歯あり(義歯不使用) <input type="checkbox"/> 不明・把握せず
形態	<input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 粥 <input type="checkbox"/> 軟菜食 <input type="checkbox"/> きざみ食 <input type="checkbox"/> ミキサー食 <input type="checkbox"/> とろみ食	<input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 粥 <input type="checkbox"/> 軟菜食 <input type="checkbox"/> きざみ食 <input type="checkbox"/> ミキサー食 <input type="checkbox"/> とろみ食
その他	<input type="checkbox"/> 経鼻栄養 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 腸瘻 <input type="checkbox"/> 特別食()	<input type="checkbox"/> 経鼻栄養 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 腸瘻 <input type="checkbox"/> 特別食()
介護状況や指導内容	塩分・水分・カロリー制限、禁忌事項等:	塩分・水分・カロリー制限、禁忌事項等:
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"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
失禁	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> まれにあり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> まれにあり <input type="checkbox"/> なし
方法	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> リハビリパンツ <input type="checkbox"/> パット <input type="checkbox"/> カテテル・人工肛門等 <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> リハビリパンツ <input type="checkbox"/> パット <input type="checkbox"/> カテテル・人工肛門等 <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> その他()
介護状況		
夜間睡眠	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良 <input type="checkbox"/> 眠剤の服薬あり	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良 <input type="checkbox"/> 眠剤の服薬あり
着脱	上着の着脱 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 ズボン・パンツの着脱 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	上着の着脱 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 ズボン・パンツの着脱 <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	歩行 <input type="checkbox"/> つかまらず可 <input type="checkbox"/> なにかにつかまれば可 <input type="checkbox"/> できない 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 方法(屋内) <input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> シルバーカー <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> その他()	歩行 <input type="checkbox"/> つかまらず可 <input type="checkbox"/> なにかにつかまれば可 <input type="checkbox"/> できない 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 方法(屋内) <input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> シルバーカー <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> その他()
清潔	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 入浴方法 <input type="checkbox"/> 浴槽 <input type="checkbox"/> シャワー <input type="checkbox"/> 清拭 <input type="checkbox"/> その他() 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 口腔衛生 <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 口臭あり <input type="checkbox"/> 汚れあり <input type="checkbox"/> 不明・把握せず	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 入浴方法 <input type="checkbox"/> 浴槽 <input type="checkbox"/> シャワー <input type="checkbox"/> 清拭 <input type="checkbox"/> その他() 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 口腔衛生 <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 口臭あり <input type="checkbox"/> 汚れあり <input type="checkbox"/> 不明・把握せず
認知機能	確定診断 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 診断名:) 短期記憶 <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題有り 意思決定 <input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 時々支援が必要 <input type="checkbox"/> 常に支援が必要 <input type="checkbox"/> できない 症状 <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 暴言・暴行 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 介護抵抗 <input type="checkbox"/> その他()	確定診断 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 診断名:) 短期記憶 <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題有り 意思決定 <input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 時々支援が必要 <input type="checkbox"/> 常に支援が必要 <input type="checkbox"/> できない 症状 <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 暴言・暴行 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 介護抵抗 <input type="checkbox"/> その他()
服薬管理	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 一包化 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 一包化 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
その他	担当ケアマネからの情報提供(本人・家族の意向等)	入院期間 令和 年 月 日 ~ 年 月 日 病院からの患者・家族への病状の説明内容と患者・家族の受け止め方 本人・家族の今後の希望 リハビリや薬剤師など多職種からの情報提供
	【別紙】: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	【別紙】: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有

回	聞き取り日	情報提供を受けた職種(氏名)	会議出席	回目	聞き取り日	情報提供を受けた職種(氏名)	会議出席
1	・		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	3	・		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
2	・		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有				

* 活用の仕方として聞き取りの度に色を変えてチェックしていく方法もあります。