

記入の注意事項

この情報はご本人の了承を戴いて提供しています。
 ~ 退院に向けてのお願い ~
 1) 退院が決まり次第、ご連絡を頂ければ幸いです。
 2) 退院時の情報提供をお願い致します。

医療機関名:

A病院ご担当者様

入院時 / 退院時情報提供書

ふりがな	ひらつか	生年月日		介護度	
氏名	平塚 花子	女	M T <input checked="" type="checkbox"/> S 10年7月1日71才	要介護1	
ふりがな	ひらつか	連絡先(自宅・携帯番号)		生活保護	
キーパーソン	平塚 花子 妻	0463-XX-XXXX		担当	
事業所名	E居宅介護支援事業所	別添資料はできるだけ簡潔に。	当ケアマネジャー	2回目の面談は文字色を変えたり、マーカーで塗るなど工夫しましょう。	
電話番号	0463-XX-XXXX		FAX番号		

入院時情報提供欄 (別添資料 無 有: 枚)

退院情報記録欄 (面談結果をケアマネが記入します)

情報提供日: <input checked="" type="checkbox"/> 面談 送付 25年9月9日	面談日 回目 25年10月22日 / 回目 25年11月5日
面談者: 所属 5階 南病棟 職種 看護師 氏名 B 子	医療機関名: A病院
病と診断 糖尿病(内服治療中) 微熱食欲不振経過観察をしていた	所属/職種/氏名: 5階南病棟 看護師 B子
かかりつけ医 (<input checked="" type="checkbox"/> 外来通院 / <input type="checkbox"/> 訪問診療)	所属/職種/氏名: 3階病棟 看護師 B子
医療機関: D病院 主治医: D医師	電話番号: 0463-XX-XXXX
連絡先 住所: 町1-1-1 0463-XX-XXXX	入院期間: 25年9月7日 ~ 25年11月15日(予定)
サービス利用状況 <input checked="" type="checkbox"/> 訪問介護 <input checked="" type="checkbox"/> 通所(介護・リハ)2/W <input checked="" type="checkbox"/> 訪問入浴 <input checked="" type="checkbox"/> ショートステイ 3/M <input checked="" type="checkbox"/> 福祉用具: ベッド	主病名: 肺炎、脱水、前立腺肥大、嚥下障害
家族状況 妻との2人暮らし 娘2人は結婚し、長女市内在住、次女横浜に在住。連絡はできる関係。長女の連絡先: XX-XXXX	主症状: 発熱、嚥下困難、痰のからみ、尿閉
食事 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 見守り 要介助 スプーンで自力で摂取	(感染症、投薬の注意事項) 胃瘻より粉の薬を注入時、よく溶かすこと
起上り 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 見守り 要介助 日によって要介助	特別な医療: 留置カテーテル 胃瘻増設(10月24日)、留置カテーテルを継続
移動 自立 見守り <input checked="" type="checkbox"/> 要介助 足が出ない	(導入予定の医療系サービス) <input checked="" type="checkbox"/> 有 無
入浴 自立 見守り <input checked="" type="checkbox"/> 要介助 デイサービスのみ	種類: 訪問看護(XX訪問看護ステーション)
排泄 自立 見守り <input checked="" type="checkbox"/> 要介助 リハパン	訪問診療の必要性: 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有: クリニック XX医師
薬 自立 見守り <input checked="" type="checkbox"/> 要介助 一包化: <input checked="" type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要	食事 自立 見守り <input checked="" type="checkbox"/> 要介助 胃瘻 3/日
認知症状: 無 / <input checked="" type="checkbox"/> 有 短期記憶無し、声掛けを必要とする	起上り 自立 見守り <input checked="" type="checkbox"/> 要介助
精神薬処方: 無 / <input checked="" type="checkbox"/> 有 メマリー服用中	移動 自立 見守り <input checked="" type="checkbox"/> 要介助
夜間の状態: 良好 / <input checked="" type="checkbox"/> 問題有: 意味不明の独り言が多い	入浴 自立 見守り <input checked="" type="checkbox"/> 要介助 最終入浴日: 11月14日
その他: (ご本人の望む暮らし・心身状況・生活環境・介護の様子・医療上の注意点等)	排泄 自立 見守り <input checked="" type="checkbox"/> 要介助: トイレ Pトイレ <input checked="" type="checkbox"/> オムツ リハパン (<input checked="" type="checkbox"/> 常時 夜間のみ)
食事面では、 ケアマネが伝えるべき大切なポイントです。	口腔ケア 自立 見守り <input checked="" type="checkbox"/> 要介助 入歯: 無 / <input checked="" type="checkbox"/> 有
ケアマネが伝えるべき大切なポイントです。	薬 自立 見守り <input checked="" type="checkbox"/> 要介助 一包化: <input checked="" type="checkbox"/> 要 <input checked="" type="checkbox"/> 不要
解りやすくする為に赤で記入しています。実際は黒で記入します。には、または <input checked="" type="checkbox"/> を記入します。	認知症状: 無 / <input checked="" type="checkbox"/> 有 日中も独語が多い 下記に記載
	精神薬処方: 無 / <input checked="" type="checkbox"/> 有 メマリー服用中、安定剤
	夜間の状態: 良好 / <input checked="" type="checkbox"/> 問題有: 時々大声あり 眠剤使用
	療養上の留意事項(医師、看護師、理学療法士からの注意点など)
	リハビリテーション: 無 / <input checked="" type="checkbox"/> 有: 週1~2回
	運動制限: <input checked="" type="checkbox"/> 無 / 有:
	・嚥下障害があり、話し合いの上10月24日胃瘻増設決まる。
	・胃瘻注入の手技は妻が何とか出来る。胃瘻と留置カテーテルの管理は訪問看護・往診医が対応
	・入浴は病院では機械浴
	・声掛けに対して反応鈍く、日中もウトウトしている。
	11月15日10時退院
	介護タクシー ケアマネが手配