記載例【入・退院時連絡シート】（共通）

富士見市・ふじみ野市・三芳町方式

記載 ・ 送付日
20××年 ×月 ×日(×)曜日

*情報開示同意の確認は病院施設側は行うこと（居宅介護支援事業所は確認済み）

□ この情報開示及び連絡を[illegible]は同意されています。

入院時連絡
ケアマネ記入例
☑が入ります。

医療機関名：ただいま病院
所属部署：地域連携室
氏名：須玖 弥瑠 相談員 様
電話：049-888-888

[illegible]・居宅名：おかえりプラン
[illegible]：三芳 次郎 ケアマネジャー
電話：049-666-666
ＦＡＸ：049-777-777

ふりがな 氏名	ふじみの はなこ ふじみ野 花子 様	男・女	明・大・昭・平・令 ○年 4月 1 日生 [84]歳		
住所（施設）	〒356-0011 ふじみ野市福岡1-1-1		TEL	自宅 123-456-789 携帯	
緊急連絡者	① ふじみ野 三郎	続柄：長男	同居・別居	C 県・市在住	TEL： 987-654-321
	②	続柄：	同居・別居	県・市在住	TEL：
	③	続柄：	同居・別居	県・市在住	TEL：
入院期間	入院日 20 ××年 ×月 ○日 ～ 退院日 20 年 月 日				
主治医	[illegible]科：[illegible]医師				
入院時の診断名					
入院時の症状・主訴	気持ちが悪い、便が出ない 体がだるい				
病状説明	本人へ：□なし ☑あり：内容（苦しいのは心臓がうまく動いてないからだよ）				
	家族へ：☑なし □あり：内容（ ）				
本人の病気・障害・状態の受容、意向	なるべく、もう入院はしたくない。家で好きなように暮らしたい。				
家族の病気・障害・状態の受容、意向	母子不仲のため面談したことがない				
入院中又は在宅で気になったエピソード・本人や家族の言動等	☑本人：息子には[illegible] □家族： ☑＊同封の居宅サービス計画（1）参照下さい（入院時のみ）				

ケアマネジャーは記入しなくていいです。入院日の記載は可能です。

訪問介護士・看護師や通所先からの情報、本人の訴えを記入してください。

在宅主治医の説明・病状理解・受け止め状況を記入してください。

在宅療養生活の方針、利用者家族の意向は入院加療に必要な情報です。
意思決定支援状況を教えてください。
詳細は病院スタッフとの面接時にお伝えください。

既往歴 かかりつけ医等（歯科医院も忘れずに）	病名	年齢	経過	医療機関名	処方薬
	うっ血性心不全、心房細動	78	通院・入院・手術・訪問	ただいま病院 1回/月	なし・あり
	両目 白内障	74	通院・入院・手術・訪問	うちゅう眼科 1回/半年	なし・あり
	脊柱管狭窄症 変形性膝関節症	70	通院・入院・手術・訪問	たいよう整形 1回/3ケ月	なし・あり
	糖尿病	65	通院・入院・手術・訪問	ただいま病院 1回/月	なし・あり
			通院・入院・手術・訪問		なし・あり

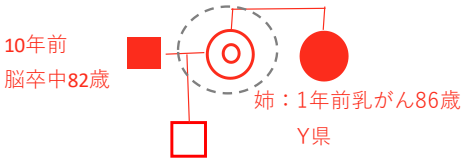
退院後の主治医	[　　]病院・医院・クリニック　　]医師[通院:　　回/ 月・週]
	初回外来/訪問診療日　20　　年　　月　　日(　　)外来・医師

病・診連携上、必要な情報です。

◎これまでの生活と現在の状況

家族等の状況

・男性：□　女性：○　本人：　☑（男性）◎
・キーパーソン：K　主介護者：☆　逝去：■
・同居者は線で囲む　年齢　居住地　健康状態



病院には、本人の背景や家族等の状況、関係性を知る貴重な情報です。

生活歴

で夫と八百屋を営んでいた。20年前に廃業。75歳までパートで近所の総菜屋で働く。長男とは疎遠。独居。

趣味・価値観・生きがい

旅行、カラオケ：通所先でも歌や楽器演奏が好き。
世話好きだが、自分の事になると遠慮がち。

居住環境

自宅	（ 2 ）階	エレベーター	あり ・ なし
寝室	（ 1 ）階	階段手すり	あり ・ なし
トイレ	洋・和	トイレ手すり	あり ・ なし
浴槽	浅・深	浴室手すり	あり ・ なし
寝具	ベッド ・ 布団		
室内段差	あり ・ なし		
高い段差の場所（　玄関　）			

保険種別	□健保 □国保 □共済 ☑後期高齢1割 □労災 □交通事故 □特定疾患 □生保(担当:　)
障害認定	□申請中 □身
要介護度	□事業対象者 □4 □5
有効期間:	令和○年 ○月 ×日～ 令和×年 △月 ○日
経済状況	□共済年金 □ 障害年金 □生活保護 □他

日頃から、高齢者あんしんセットなどで、制度活用状況、担当ケアマネジャーがすぐに分かるようにしておきましょう。

入院治療のゴール設定の参考になります。
日頃からのサービス提供者との情報共有をお願いします。

◎ 身体・ＡＤＬの状況

身体状況	身長(150)cm(○月 %日) 体重(62)Kg(＃月 &日)	
身体状況	□ 拘縮 □ 麻痺	右:上肢[☑なし □あり] 下肢[☑なし □あり] 左:上肢[☑なし □あり] 下肢[☑なし □あり]
身体状況	筋力低下	右:上肢[☑なし □あり] 下肢[□なし ☑あり] 左:上肢[☑なし □あり] 下肢[□なし ☑あり]
身体状況	嚥下障害	☑なし □あり[□咀嚼 □咽頭への送り込み □咽頭期 □他( )]□不明
認知機能や判断能力		☑記憶障害 □見当識障害 □理解判断力の障害 □実行機能障害 □失認 □失語 □失行 □注意障害 □不穏
認知機能や判断能力		□半側空間無視 □幻覚 □妄想 □介護 □異食 □性的問題行動
入院前の日常生活自立度	障害高齢者の日常	□C1 □C2
入院前の日常生活自立度	認知症高齢者の日常	□Ⅱa ☑Ⅱb □Ⅲa □Ⅲb □Ⅳ □M

できない状況をチェックするのではなく、
どうしたら自立に近づくのかに着目しましょう!!

日常の意思決定を行うための認知機能の程度、判断能力の状況、認知症の場合：中核症状や行動・心理状況は、利用者が入院生活をどのようにサポートされるべきかを判断するための基礎情報となります。

食事（栄養）	方法	☑経口(箸・スプーンフォーク・補助具) □胃ろう □腸ろう □経鼻経管 □中心静脈 □末梢点滴
食事（栄養）	動作	☑自立 □見守りが必要 □介助が必要 □)
食事（栄養）	内容	主食:□米飯 ☑全粥 □ミキサー粥 □他(2～3割摂取となっていた
食事（栄養）	内容	副食:□常菜 ☑軟菜 ☑他(朝:パン食、昼: 配食サービス)
食事（栄養）	内容	熱量:( )Kcal/日 蛋白:( )g/日)mℓ/日
食事（栄養）	形態	□普通 □ひと口大 ☑刻み( )cm角 学会分類コード -
排泄状況（尿）	尿意	☑あり不十分 □なし 排尿回数:(？)回/日、導 回数:( )回/日
排泄状況（尿）	方法	☑トイレ □ポータブル □おむつ □尿器 ☑リハ □尿管 □尿路ストマ
排泄状況（尿）	動作	☑自立 □見守りが必要 □介助が必要 □全介助(介助内容:( )

通所時は2時間ごとにトイレ誘導を

大切な情報項目！

- い：移動
- ろ：風呂(清潔)
- は：排泄
- に：認知機能・こころ
- す：睡眠
- めし：食事

排泄状況（便）	便意	☑あり　☐なし　排便回数：（？）回/日、または（　）日に1回　×月×日3日前にデイで摘便 硬便である
	方法	☑トイレ　☐ポータブル　☐リハパンツ　☐おむつ　☐便器　☐消化管ストマ
	動作	☐自立　☑見守りが必要　☐介助が必要　☐全介助（用具や介助内容：　）
整容（髪・爪・目・耳・鼻・口）		☐自立　☐見守りが必要☑介助が必要　☐全介助（用具や介助内容：デイで磨き残しの義歯洗浄、口内ケアを手伝う 片付け
		義歯：上：☐なし　☑あり　下：☐なし　☑あり　（☐部分入歯・☑総入歯・☐インプラント）
入浴		☐自立　☐見守りが必要　☑介助が必要　☐全介助（用具や介助内容：　）
		☐一般浴　☑シャワー浴　☐機械浴　☐清拭　☐行わず　☐他（デイで入浴　3回/週）
更衣		上衣：☑自立　☐見守りが必要　☐介助が必要　☐全介助　下衣：☐自立　☐見守りが必要　☑介助が必要　☐全介助 座位で足に通す介助
基本動作	寝返り	☑自立　☐見守りが必要　☐介助が必要　☐全介助（用具や介助内容：ベッド柵を持って可能
	起き上がり	☑自立　☐見守りが必要　☐介助が必要　☐全介助（用具や介助内容：ベッド柵を持って可能
	座位	☑自立　☐見守りが必要　☐介助が必要　☐全介助（用具や介助内容：座り直しの介助が必要
	移乗	☑自立　☐見守りが必要　☐介助が必要　☐全介助（用具や介助内容：右膝くずれしやすい
移動	補助具	☐装具　☑車いす　☐リクライニング車いす
	動作	☐自立　☐見守りが必要　☑介助が必要　☐全介助（介助内容：自走できない）
知覚	視力	☐問題なし　☑やや難あり（両目・右目・左目）　☐見えない　眼鏡：☑あり使っていない　☐なし
	聴力	☐問題なし　☑大きな声で聞こえる（両耳・右耳・左耳）　☑補聴器・集音器で聞こえる ほとんど使っていない　☐聞こえない
コミュニケーション理解と表出	方法	☑なし　☐筆談　☐手話　☐文字盤　☐パソコン　☐点字　☐意思伝達装置　☐電話　☐スマホ
	会話	☐普通　☑おおむね可能　☐簡単な返事は可能　☐できない
睡眠	状況	☐良　☑不良　睡眠剤：☑なし　☐あり（　）
嗜好		喫煙：☐なし　☑あり（時々2～3）本位/日　飲酒：☑なし　☐あり（　）を（　）ml位/日
精神面における療養上の問題		☐なし　☑あり：（☐うつ病　☐適応障害　☐統合失調症　☐双極性障害　☐依存症　☐神経症　☐器質性/症状性精神障害　☐パニック障害　☐発達障害　☐認知症（BPSD）　☑他）後ろ向きな発言がある
家族の介護支援力		☑なし　☐あり（☐常時　☐日中のみ　☐夜間のみ　☐（　）日/週）　☐見込めない　☐支援者なし
家族や同居者等による虐待の疑い		☐なし　☐あり（内容：長男にお会いできていないので未確院。来院された場合は親子の関係性をご確認ください）
家族への介護指導		☑なし　☐あり⇒理解（　）
禁忌事項（禁忌動作等）		☑なし　☐あり（内容：　）

日常生活動作の介助状況は具体的にお知らせください。
リハビリの参考目標になり、用具や介助内容が分かることで、入院中のケアに役立ちます。

退院後の生活サポートに必要な項目です。
在宅での状況を伝え、病院と協働して解決に向かいましょう。

◎ 医療状況

アレルギー	薬品：☑なし☐あり（　）	食品：☐なし☑あり（桃）	金属・ゴム・絆創膏・（なし）
感染症	☐HBV　☐HCV　☐MRSA　：☐保菌　☐発症（☐痰　☐血液　☐尿　☐創部）　☑他（知らないのでお知らせください）		
医療処置	☐なし ☐高カロリー中心の栄養　☐経口摂取　☐経鼻栄養　☐経腸栄養（種類：　、サイズ：　Fr、最終交換（予定）日：　/　）　回/日 ☐酸素（　l/分）　☐気管切開　☐喀痰吸引　☐人工呼吸器　☐透析（血液・腹膜） ☐胃ろう　☐経鼻栄養　☐経腸栄養（種類：　、サイズ：　Fr、最終交換（予定）日：　/　） ☐尿道カテーテル　☐　/　） ☐自己導尿　☐　、交換頻度：　） ☑排泄コントロール（☐尿　☐便　☐浣腸　☐その他） ☐ドレーン管理（挿入部：　、処置頻度：　通常の排液量：　ml/日 ☐褥瘡（部位：　処置方法：　処置頻度：　） ☐創処置（部位：　、頻度：　） ☐疼痛コントロール　☐口腔内（☐歯　☐歯周　☐舌　☐粘膜）　☐他（　） ☐医療材料（　）☐衛生材料（　）：在宅療養指導管理医療機関（　）		

入院前の医療管理状況は、入院後に引き継ぐべき重要な情報です。
日頃、かかりつけ医、専門医への通院目的と治療状況の把握、訪問看護師・通所先看護師等と情報共有しておき、病院に伝えましょう。

医療処置方法	□自己管理 □家族管理 ☑訪問看護 ☑他（デイサービス看護師と訪問看護連携で1回/3日の排便コントロール
急変時受け入れ病院	□なし ☑あり（ただいま病院） かかりつけ ぶどう野内科 きゅう 薬局・ P 店
内服薬	□なし ☑あり（別紙参照：☑お薬手帳 □薬剤情報提供書 □診療情報提供書 □看護サマリー □他
薬剤管理	□自己管理 □家族管理（ ） ☑訪問看護 □訪問薬剤師 ☑訪問介護 ☑他（ Kデイサービス
病院・施設・訪問 看護上の課題点	□治療・ □水分管 □活動量 □療養 □ 観察注意点 ☑自己管理状況 潔ケア 科衛生指導 取り □災害時対応 /医療・介護機器
病院・施設・訪問 リハビリ上の課題点	□本 指導 □家族指導 □関節可動域練習（ トレッチ含む） □筋力増強運動 □疼痛管理 □麻 作練習 □摂食・嚥下訓練 □高次脳訓練 ☑A DL練 □ 目標 □道 □社 就労支援 □趣味活動 ☑リ ビリ 他
病院・施設・訪問 栄養管理の課題点	□本 指導 □家族指導 □栄養状態 □食事療法(□認 □調 理指導 □嗜好・偏食・食べたい物 □道 終末 □水分摂取 □食事療法アド アラ ンス □栄 連携（ 指導・病院） □他(）
病院・薬局 薬剤管理の課題点	□本 □薬 □ □ □ 服薬ア ヒアランス □他( ) □相 □調剤薬局連携（
MSWの課題点	□各種医療費助成制度活用 □各種制度申請支援 □地域移行・定着支援 □生活面・悩み相談 □家 □一時入院、受診窓口相

◎包括・ケア

入院歴	最近半年間での入院 □なし☑あり（期間×年△月○日～×年△月△日（理由：心不全 ）
入院頻度	□頻度は高 今回が初めて
入院前の利用サービス	＊同封の書類をご確認下さい ☑居宅サービス計画書1.2.3 □他( )
カンファレンスの希望	＊面接できていないので長男様とのIC時に同席希望します！ ☑IC同席 ☑介護連携CF □多職種CF ☑退院前共同CF □退院前訪問指導同行
ケアマネの今回の入院に対するアセスメント	入院前の生活課題：自己ケア能力・人間関係・介護力・住環境・経済面・心身変化・入院原因・ケアプラン評価等 味の濃いものを好み、ヘルパーに甘辛い物を依頼される傾向にあります。生活介護のヘルパーも栄養指導の際に同席させていただきたいと思います。本人の自立度によっては、入所や終末期について長男と話し合いが必要です。最近は、昼夜逆転でデイサービスへの意欲が低下してきていました。
お互いの確認事項 ケアマネ⇔医療機関	□ 意点 □ る事 ☑新 点 □退院 、通所先 ） ☑服薬 ADL・IADL低下の予想 □区分変更の必要性 ☑入所や転院の 可能性 ☑急変 可能性と対応方法 ☑併診医、関係事業所との連携 □配慮してほしいこと
退院時必要書類 等	☑退院 ☑サマ 問看護指示書 □診療 ・栄） □軽度者福祉用具貸与理由書 ☑入浴可否判断 書
必要な連絡先 在宅生活に必要な要件	□成年後 人（氏名： 連絡先： ） 本人の回復状況。屋内の転倒危険因子の見直し。長男の協力内容、緊急の連絡がつくこと。 民生委員の＊＊さん、近隣の@@さんの協力を得ています。

＊CF:カンファレンス、 IC:インフォームドコンセントの略とする　　R7.4月　東入間医師会地域医療・介護相談室作成

入院加療後（退院時）に必要な、連携先の情報です。

ケアマネジャーのケアプラン「サービス導入」の根拠になる項目です。
この項目は 入院で引き継ぐべき課題となり、在宅側と病院の同職種どうしの連携が必要になります。

在宅療養支援計画立案に向けた「在宅チームの情報共有シート」としても利用できます。

ケアマネ単独で判断してチェックするのではなく、他専門職と協働し、確認しましょう。

「専門別」にかかわらずチェックは可能です。他職種と連携体制を作りケアマネジメントを行います。

専門性が違うと支援のポイントや大切にしていることが違います。

分からない時は勇気を出して聞きましょう。

チームの中での自分の役割を考えましょう。

前回の入院加療の評価、病状・病期、自己管理能力、家族等の状況、ケアプランの評価等につながる情報です。

チェックして送付するだけでなく、病院担当者に理由も添えてカンファレンスの開催希望を連絡しましょう。

病院側は、ケアマネジャーのアセスメントを必要としています。
特に詳しく伝えたい内容については、面接や電話等で補足することが望ましいです。

退院時には病院からの、本項目に関する情報やケアマネジャーが送付した「入院時連絡シート」に対する回答を確認し、退院調整を行いましょう。

記載例【入・退院時連絡シート】（共通）

富士見市・ふじみ野市・三芳町方式

記載 ・ 送付日
20××年 ×月 ×日(×)曜日

*情報開示同意の確認は病院施設側は行うこと（居宅介護支援事業所は確認済み）

☑ この情報開示及び連絡をとることにご本人・ご家族（ふじみ野 ）は同意されています。

医療機関名：ただいま病院
所属部署：看護部 A病棟
氏名：看護 C子
電話：049-888-888

退院時連絡
病院記入例
☑が入ります。

退院と同時に送付するのではなく、
「退院が予測」された時点で
送付し、退院調整を開始していきます。

ＦＡＸ：049-777-777

ふりがな 氏名	ふじみ野 花子 様		男・女	明・大・昭・平・令 ○年 4月 1 日生［ 84 ］歳	
住所（施設）	〒356-0011 ふじみ野市福岡1-1-1			TEL	自宅 123-456-789 携帯
緊急連絡者	① ふじみ野 三郎	続柄：長男	同居・別居	C 県・市在住	TEL： 987-654-321
	②	続柄：	同居・別居	県・市在住	TEL：
	③	続柄：	同居・別居	県・市在住	TEL：
入院期間	入院日 20 ××年 ×月 ○日 ～ 退院日 20 ××年 ○月 ×日 （予定）				
主治医	（ 循環器内科				
入院時の診断名	うっ血性心不全急性増悪、肺水腫、糖尿病、便秘症、認知症				
入院時の症状・主訴	胸苦しい、気持ちが				
病状説明	本人へ ☐ れないで飲みましょう。） ご本人の理解、納得は不明 家族へ：☑なし ☐あり：内容（○月○日心不全の末期状態。飲水制限や内服できない場合は再発する。介護協力はできない旨の返答あり ×日に再度面接予定）				
本人の病気・障害・状態の受容、意向	生きてい				
家族の病気・障害・状態の受容、意向	○月×日				
入院中又は在宅で気になったエピソード・本人や家族の言動等	☑本人：病院 家で饅頭が食べたいよ。息子には会いたくない。 ☐家族： ☐＊同封の居宅サービス				

退院日が決定していない場合は、予定日を記載します。

IC状況、病状の受け止めは、療養の方針性を統一するにあたり大切な情報となります。

在宅療養生活の方針、患者家族の意向・ACPにつながる内容です。
意思決定支援状況を教えてください。
詳細はケアマネ等との面接時にお伝えください。

医療略語で記入しないようお願いします。

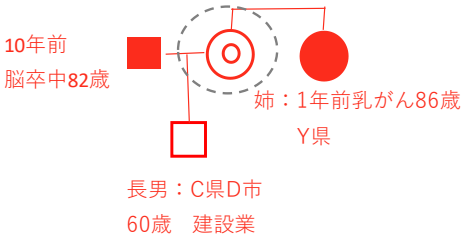
既往歴 かかりつけ医等（歯科医院も忘れずに）	病名	年齢	経過	医療機関名	処方薬
	うっ血性心不全、心房細動	78	通院・入院・手術・訪問	ただいま病院	なし・あり
	両目 白内障	74	通院・入院・手術・訪問	うちゅう眼科	なし・あり
	脊柱管狭窄症 変形性膝関節症	70	通院・入院・手術・訪問	たいよう整形外科	なし・あり
	糖尿病	65	通院・入院・手術・訪問	ただいま病院	なし・あり
			通院・入院・手術・訪問		なし・あり

退院後の主治医	[ ] 医師[循内)/川越 五郎(内)]医師[通院:1回/1月・週]
	初回外来/訪問診療日 20 ××年 ○月 △日(富士見医師 / 川越医師)外来・医師

退院までに必ず、本人家族、関係者と確認します。

◎これまでの生活と現在の状況

家族等の状況	生活歴	居住環境			
・男性:□ 女性:○ 本人: ☑(男性) ◎(女性) ・キーパーソン:K 主介護者: ・同居者は線で囲む 年齢 居住地	Y県生まれ、高校卒業後 [illegible] [illegible] [illegible] た。20年前に廃業。75歳まで	住宅	戸建 ・集合住宅 持ち家 ・ 借家		
		自宅	(2)階	エレベーター	あり ・ なし
	でパートで近所の総菜屋で働く。長男とは疎遠。独居。	寝室	(1)階	階段手すり	あり ・ なし
		トイレ	洋・和	トイレ手すり	あり ・ なし
	趣味・価値観・生きがい	浴槽	浅・深	浴室手すり	あり ・ なし
	お話好きだが、長男の話は避けようとされる。体調が回復してからは、自分の事は自分でやりたいと話す。	寝具	ベッド ・ 布団		
		室内段差	あり ・ なし		
		高い段差の場所 (玄関)			



入院時問診票やデータベースに添って省略せず記入しましょう。
入院中に得た新しい情報は、きちんと追記しましょう。

保険種別	□健保 □国保 □共済 ☑後期高齢1割 □労災 □交通事故 □特定疾患 □生保(担当:)
障害認定	□申請中 □身障 □精神 □療育 □[illegible] 重身医療 障害名( )
要介護度	□事業対象者 □申請中 要支援□1 □2 要介護□1 □2 ☑3 □4 □5
	有効期間: 令和○年 ○月 ×日～ 令和×年 △月 ○日
経済状況	□共済年金 □厚生年金 ☑国民年金 □遺族年金 □障害年金 □生活保護 □他

ケアマネ情報、高齢者あんしんセットにより
社会保障制度利用情報を確認しましょう。

◎ 身体・ADLの状況

退院後の生活に大きく関係する情報です。
自立に向けてのサービス導入の参考になります。

身体状況	身体状況	身長(150)cm(○月 △日) 体重(57)Kg(○月 △日)
	□拘縮 □麻痺	右:上肢[☑なし □あり] 下肢[☑なし □あり] 左:上肢[☑なし □あり] 下肢[☑なし □あり]
	筋力低下	右:上肢[☑なし □あり] 下肢[□なし ☑あり]
	嚥下障害	☑なし □あり[□咀嚼 □咽頭への送り込み □咽頭期 □他( )]□不明
認知機能や判断能力		☑記憶障害 □見当識障害 □理解判断力の障害 □実行機能障害 □失認 □失語 □失行 □注意障害 □不穏
		□半側空間無視 □幻覚・幻聴 □妄想 □徘徊 □介護への抵抗 □暴言 □不潔行為 □異食 □性的問題行動
入院前の日常生活自立度		障害高齢者の日常生活自立度 □自立 □J1 □J2 □A1 □A2 □B1 ☑B2 □C1 □C2
		認知症高齢者の日常生活自立度 □自立 □Ⅱ□Ⅱ□Ⅲ□Ⅲ□Ⅳ□Ⅳ ☑Ⅱb □Ⅲa □Ⅲb □Ⅳ □M
食事(栄養)	方法	☑経口(箸・スプーンフォーク・補助具) □胃ろう □腸ろう □経鼻経管 □中心静脈 □末梢点滴
	動作	☑自立 □見守りが必要 □介助が必要 □全介助(用具や介助内容:)
	内容	主食:□米飯 ☑全粥 □ミキサー ( )
		副食:□常菜 ☑軟菜 □他( )
		熱量:(1200)Kcal/日 蛋白:( )g/日 塩分:(7)g/日 水分:(食事以外で300)mℓ/日
	形態	□普通 □ひと口大 ☑刻み(3～5)cm角 □ソフト □ペースト ☑トロミ(学会分類コード 50-150
排泄状況(尿)	尿意	☑あり失敗あり □なし 排尿回数:( )回/日、導尿回数:( )回/日、おむつ交換回数:(6)回/日
	方法	☑トイレ ☑ポータブル夜間 □おむつ □尿管 ☑リハパンツ □布パンツ ☑パット □尿管 □尿路ストー
	動作	□自立 ☑見守りが必要 □介助が必要 □全介助(介助内容:リハビリパンツの上げ下げ、失禁時交換

できない状況をチェックするのではなく、
どうしたら自立に近づくのかに着目し記入しましょう!!

日常の意思決定を行うための認知機能の程度、判断能力の状況、認知症の場合:中核症状や行動・心理状況は、患者が退院後、日常生活をどのようにサポートされるべきかを判断するための基礎情報となります。

大切な情報項目!

- い:移動
- ろ:風呂(清潔)
- は:排泄
- に:認知機能・こころ
- す:睡眠
- めし:食事

排泄状況（便）	**便意**	☑あり　☐なし　排便回数：（　　）回/日、　または（ 2～3 ）日に1回
	方法	☑トイレ　☑ポータブル　☐リハパンツ　☐おむつ　☐便器　☐消化管ストマ
	動作	☐自立　☑見守りが必要　☐介助が必要　☐全介助（用具や介助内容：排便後の拭きとりの確認
整容（髪・爪・目・耳・鼻・口）		☐自立　☐見守りが必要☑介助が必要　☐全介助（用具や介助内容：爪切り全介助、うがい磨き残し確認、後始末　）
	義歯：	**上**：☐なし　☑あり　**下**：☐なし　☑あり　（ ☐部分入歯 ・ ☑総入歯 ・ ☐インプラント ）
入浴		☐自立　☐見守りが必要　☑介助が必要　☐全介助（用具や介助内容：背中・足先・臀部の洗体　）
		☐一般浴　☐シャワー浴　☑機械浴　☐清拭　☐行わず　☐他（
更衣		**上衣**：☑自立　☐見守りが必要　☐介助が必要　☐全介助　**下衣**：☐自立　☐見守りが必要　☑介助が必要　☐全介助
基本動作	寝返り	☑自立　☐見守りが必要　☐介助が必要　☐全介助（**用具や介助内容**：柵につかまれば可能
	起き上がり	☑自立　☐見守りが必要　☐介助が必要　☐全介助（**用具や介助内容**：つかまり、ギャッジアップで可
	座位	☑自立　☑見守りが必要　☐介助が必要　☐全介助（**用具や介助内容**：背もたれ、支えが必要
	移乗	☑自立　☐見守りが必要　☑介助が必要　☐全介助（**用具や介助内容**：立ち上がり時にふらつきあり
移動	**補助具**	☐独歩　☐杖・手すり　☐シルバーカー　☐歩行器　☐装具　☑車いす　☐リクライニング車いす
	動作	☐自立　☐見守りが必要　☑介助が必要　☐全介助（介助内容：易疲労のため自走できない　）
知覚	**視力**	☐問題なし　☑やや難あり（両目・右目・左目）　☐見えない　**眼　鏡**：☑あり使っていない　☐なし
	聴力	☐問題なし　☑大きな声で聞こえる（両耳・右耳・左耳）　☑補聴器・集音器で聞こえる　☐聞こえない
コミュニケーション理解と表出	**方法**	☑なし　☐筆談　☐手話　☐文字盤　☐パソコン　☐点字　☐意思伝達装置　☐電話　☐スマホ
	会話	☐普通　☑おおむね可能　☐簡単な返事は可能　☐できない
睡眠	**状況**	☐良　☑不良　**睡眠剤**：☑なし　☐あり（　）
嗜好		**喫煙**：☐なし　☑あり（入院前1～2）本位/日　**飲酒**：☑なし　☐あり（　）を（　）ml位/日
精神面における療養上の問題		☐なし　☑あり：（☐うつ病　☐適応障害　☐統合失調症　☐双極性障害　☐依存症　☐神経症　☐発達障害　☐認知症（BPSD）　☑他）後ろ向きな発言がある
家族の介護支援力		☑なし　☐あり　（　）日/週）　☐見込めない　☐支援者なし
家族や同居者等による虐待の疑い		☐なし ☐あり（内容：母子関係が疎遠な原因が面会では不明で解決に至らず。今後、自宅生活が継続可能か検討を要す　）
家族への介護指導		☐なし ☑あり⇒理解（☐十分　☑不十分（問題点：他県在住、また就労のため月に1～2回帰省し安否確認なら可能と。）
禁忌事項（禁忌動作等）		☑なし ☐あり（内容：　）

自立に向かう補助具や介助内容が伝わることで、必要な在宅サービスや福祉用具、個別性のある介助の参考になります。具体的にお知らせください。

退院後の生活にかかわる情報項目です。詳細は面接等で補足してください。

訪問・通所系・短期入所サービス利用時に必要な情報です。

◎ 医療状況

アレルギー	薬品：☑なし☐あり（　）食品：☐なし☑あり（ 桃 ）　金属・ゴム・絆創膏・（　）
感染症	☐HBV　☐HCV　☐MRSA　：　☐保菌　☐発症（☐疼　☐血液　☐尿　☐創部）　☐他（ なし　）
医療処置	☐なし ☐高カロリー輸液（　）　4 ）回/日 ☐酸素（　）　血液・腹膜） ☐胃ろう　☐経鼻栄養（種類：　、サイズ：　Fr、最終交換（予定）日：　/　） ☐尿道カテーテル（種類：　、サイズ：　Fr、最終交換（予定）日：　/　） ☐自己導尿　☐尿路ストマ（使用装具：　、交換頻度：　） ☑排便コントロール：☐用　摘便　☐洗腸　その他 ☐バルーン管理（挿入部：　、処置頻度：　、通常の排液量：　ml/日） ☐創処置（部位：　、頻度：　） ☐疼痛コントロール　☐口腔内（☐歯　☐歯周　☐舌　☐粘膜）　☐他（　） ☑医療材料（インスリン・血糖測定検討中）☐衛生材料（　）：在宅療養指導管理医療機関（ 当院予定 ）

入院中に習得したセルフケア、退院指導を踏まえて、記入します。退院後（訪問・通所・転院先・通院先看護師との）継続ケアが必要になります。また、在宅の主治医との情報共有が必要な項目です。

在宅療養指導管理に必要な物品・衛生材料の支給は自院で整えて退院調整しましょう。

医療処置方法	□自己管理 □家族管理 □訪問看護 ☑他(インスリン製剤、血糖測定回数を主治医・薬剤師と検討中)
急変時受け入れ病院	□なし ☑あり(別紙参照:☑お薬手帳 ☑薬剤情報提供書 □診療情報提供書 □看護サマリー □他 ふじみ野市 ちきゅう 薬局・ P 店
内服薬	□なし ☑あり(別紙参照:☑お薬手帳 ☑薬剤情報提供書 □診療情報提供書 □看護サマリー □他
薬剤管理	□自己管理 □家族管理( ) ☑訪問看護 □訪問薬剤師 ☑訪問介護 ☑他(Kデイサービス
病院・施設・訪問 看護上の課題点	☑治療・療養方針 □入院前、入院時、退院時の病状、ADL変化 ☑バイタルサイン等観察注意点 ☑水分管理 □睡眠 ☑自己管理状況 □活動量 □服薬状況 □意欲・認知力・精神面 □疼痛、各種緩和 ☑口腔ケア・清潔ケア ☑療養生活に必要な指導(誰に・何を・どう・結果) ☑介護者支援や関係調整 □訪問歯科衛生指導 □生命予後 □ACP・看取り □災害時対応 ☑看護連携 □住環境/医療・介護機器 □在宅自己注射指導管理等
病院・施設・訪問 リハビリ上の課題点	☑本人指導 □家族指導 □関節可動域練習(ストレッチ含む) □筋力増強運動 □疼痛管理 □麻痺・筋緊張改善練習 ☑起居/立位等基本動作練習 □摂食・嚥下訓練 □高次脳訓練 ☑ADL練習(入浴/トイレ動作/移乗移動等) □IADL練習(買い物、調理等) □外出訓練 □運動耐 □ 改修 □リハビリの意欲目標 □社会参 □就労支援 □趣味活動 ☑リハビリ連携(H訪問リハ ディ事業所等) □他
病院・施設・訪問 栄養管理の課題点	□本人指 (糖尿病・心不全) 嗜好・偏食・食べたい物甘味好き □認知力、精神面 □嚥下機能 □食形態 □調理指導 ☑食品選択、買い物方法 ☑通販、配食サービス □栄養補給・補助食品 □終末期の栄養水分摂取 □食事療法アドヒアランス
病院・薬局 薬剤管理の課題点	□本人指導 □家族指導 ☑処方薬の薬効評価 □副作用、アレルギー □薬品保管方法 ☑薬剤形状形態(嚥下機能) ☑ポリファーマシー □服薬アドヒアランス □他( ) □相互作用(併診処方薬、OTC薬、健康食品等) ☑調剤薬局連携(ふじみ野市 ちきゅう調剤薬局 P店)
MSWの課題点	□各種医療費助成制度活用 □各種制度申請支援 □地域移行・定着支援 □生活面・悩み相談 ☑家族等関係性調整(虐待などを含む) □社会後見・就労・復学支援 □一時入院、受診窓口相

◎包括・ケアマネジ

入院歴	最近半年間での入院 □なし □あり(期間 年 月 日～ 年 月 日(理由:)
入院頻度	□頻度は高い/繰り返し □頻度は低いがこれまでにもあり □今回が初めて
入院前の利用サービス	＊同封)
カンファレンスの希望	□IC同席 □介護連携CF □多職種CF □退院前共同CF □退院前訪問指導同行
ケアマネの今回の入院に対するアセスメント	入院前の生活課題:自己ケア能力・人間関係・介護力・住環境・経済面・心身変化・入院原因・ケアプラン評価等
お互いの確認事項 ケアマネ⇔医療機関	□予想される入 状注意点 □生活や暮ら ている事 ☑新 留意点 □退院後の 先や変更(病院・かかりつけ医・訪問診療・訪問看護、リハビリ 薬剤師、通所先) ☑服薬状況 □ADL・IADL低下の予想 □区分変更の必要性 ☑入所や 院の可能性 ☑急変の可能性と対応方法 ☑併診医、関係事業所との連携 □配慮してほしいこと
退院時必要書類 等	□退院予定の連絡 ＊退院の検討を始めた段階で、ご連絡ください □サマリー(看・リ・薬・栄・相) □訪問看護指示書 □特別訪問看護指示書 □診療 提供書(医・歯・リ・薬・栄) □軽度者福祉用具貸与理由書 □入浴可否判断書
必要な連絡先 在宅生活に必要な要件	□成年後見人(氏名: 連絡先: TEL:) 電話でもお伝えしましたが、○月□日14:00～14:30当院の8階会議室で退院前カンファレンス開催予定です。ご参加頂きますよう、お願い致します。関係者の方にご連絡下さい。

＊CF:カンファレンス、 IC:インフォームドコンセントの略とする

R7.4月 東入間医師会地域医療・介護相談室作成

退院後の療養生活をイメージし、確認しましょう。

入院中の同・多職種チームアプローチ状況が分かります。
この項目は在宅に引き継ぐ課題として重要です。 具体的な内容については、同職種どうし、多職種との連携が必要です。

退院支援計画立案に向けた「院内の情報共有シート」としても利用できます。
「職種別」にとらわれずチェックは可能です。

前回の入院加療の評価、病状・病期、自己管理能力、家族等の状況、ケアプランの評価等につながる情報です。

ケアマネジャーの「入院時連絡シート」に対応しているか確認してください。

退院後の留意事項、ケアプランに役立ててほしいことをお知らせ下さい。
安定した療養生活には、意思決定支援や悪化防止、急変時対応、予後（看取り）等の情報共有が必要です。

カンファレンス開催の日時は、直接早めに連絡してください。