

# 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 ( <input type="checkbox"/> 要区分変更 )	
	氏名	様	男・女	歳	<input type="checkbox"/> 要支援 ( ) <input type="checkbox"/> 要介護 ( ) <input type="checkbox"/> 総合事業対象者 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 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	*左番号記入 安定( ) 不安定( )
	移動手段	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他 ( )				
	排泄方法	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> おむつ・カテーテル・パウチ ( )				
	入浴方法	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> 一般浴 <input type="checkbox"/> 機械浴 <input type="checkbox"/> 行わず				
	食事形態	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> その他 ( )			UDF等の食形態区分	
	嚥下機能(むせ)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (時々・常に)		義歯	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (部分・総)	
	口腔清潔	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良 <input type="checkbox"/> 著しく不良			入院(所)中の使用： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
	口腔ケア	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助				
	睡眠	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良 ( )			眠剤使用 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
	認知・精神	<input type="checkbox"/> 認知機能低下 <input type="checkbox"/> せん妄 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 焦燥・不穏 <input type="checkbox"/> 攻撃性 <input type="checkbox"/> その他 ( )				
② 受け止め/意向	本人への病名告知： <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし					
	<本人> 病気、障害、後遺症等の受け止め方					
	<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"/> 透析 <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)
	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		
症状・病状の 予後・予測			
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ぬ要件		<input type="checkbox"/> 訪問診療（かかりつけ医） <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ <input type="checkbox"/> 通所リハビリ <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 短期入所 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> ベッド <input type="checkbox"/> その他の介護用品： <input type="checkbox"/> 住宅改修 <input type="checkbox"/> 宅配食 <input type="checkbox"/> 移送車 <input type="checkbox"/> その他：	
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。