

退院・退所情報記録書

面談日

情報収集先	病院・施設名： 所属： 氏名：	Tel
記録者	事業所名： 氏名：	Tel

ふりがな 利用者氏名	性別	生年月日 (歳)
---------------	----	------------------

介護保険	<input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 新規申請中 <input type="checkbox"/> 区分変更中 <input type="checkbox"/> 非該当 介護度： 認定日： 有効期間 ～
------	---

入院期間	入院日 ～ 退院日	入院期間 日
------	-----------	--------

	入院・入所中の状況	特記事項
疾病の状態	主病名 副病名 既往歴 手術 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (手術名：) 服薬 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (内服の介助 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助)	(感染症、投薬の注意事項(薬剤名・薬剤の剤形・投薬経路等)等)
特別な医療	<input type="checkbox"/> 点滴管理 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> 人工肛門の処置 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 気管切開の処置 <input type="checkbox"/> 疼痛管理 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 褥瘡の処置 <input type="checkbox"/> カテーテル <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> その他	(導入予定の医療系サービス等)
食事制限	<input type="checkbox"/> 介助なし <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 嚥下状態(<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良) 咀嚼状態(<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良) (<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> ソフト食 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> パースト / <input type="checkbox"/> 経管栄養) 制限 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 塩分 <input type="checkbox"/> 水分 <input type="checkbox"/> その他 ())	(制限の内容等)
口腔清潔	<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 (<input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 手引き <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> シルバーカー <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> ストレッチャー)	(独自の方法・転倒危険・住宅改修の必要性等)
洗身	<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"/> 不可 <input type="checkbox"/> 未実施 制限 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> シャワー <input type="checkbox"/> 清拭 <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"/> リハビリパンツ <input type="checkbox"/> おむつ (<input type="checkbox"/> 常時 <input type="checkbox"/> 夜間のみ)	(留置カテーテル等)
夜間の状態	<input type="checkbox"/> 良眠 <input type="checkbox"/> 不眠(状態：)	
認知・精神	認知症高齢者の日常生活自立度： 精神状態(疾患) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	(認知症の原因疾患等)
リハビリ等	リハビリテーション <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (傾度：) 運動制限 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (程度：)	(リハビリ・運動制限の内容、導入予定のサービス等)
療養上の留意事項		

※診療報酬の退院時共同指導料二の注三の対象となる会議(カンファレンス)に参加した場合は、本様式ではなく、当該会議(カンファレンス)の日時、開催場所、出席者、内容の要点等について居宅サービス計画等に記載すること。