年　月　日

退院調整シート

（病棟又は地域連携室等 → 地域包括支援センター・担当ケアマネージャー）

ふりがな 氏名		生年月日	明・大・昭　年　月　日	年齢	歳	性別	男 ・ 女
病院名		連絡窓口（所属）					
入院の原因となった病名							
合併症		退院予定日　年　月　日　頃					
病院主治医		在宅主治医					
病院からの患者・家族への病状の説明内容	患者・家族の意向						
入院中の経過	家族の状況	生活歴・趣味					

ADL	自立	見守り	一部介助	全介助	病棟での様子
移動方法	□	□	□	□	□ 車いす　□ 杖使用　□ 歩行器使用　□ 装具・補助具使用
移乗方法	□	□	□	□	
口腔清掃	□	□	□	□	口臭：□ 有 □ 無　疼痛：□ 有 □ 無　口腔乾燥：□ 有 □ 無　義歯：□ 有 □ 無
服薬管理	□	□	□	□	退院処方　□ ワーファリン □ ビスホスホネート　□ その他（　　）
食事	□	□	□	□	□普通食□治療食（ □　kcal □ 糖尿病食□ 高血圧食□ 腎臓病食□ その他）
					□ 経管栄養：
					主食：□ 米飯　□ 全粥　□ ミキサー　（摂取量　　割）
					副食：□ 通常　□ 一口大　□ 刻み　□ 極小刻み□ ミキサー（□ とろみ付）（摂取量　割）
					水分摂取量：制限　□有 □無　1日　ml　とろみ剤使用□ 有 □ 無
更衣	□	□	□	□	
入浴	□	□	□	□	入浴の制限：□ 無 □ 有［ □ シャワー浴　□ 清拭　□ その他（　　）］
排泄	□	□	□	□	場所：□ トイレ　□ ポータブル　□ 尿器　□ オムツ
療養上の問題	□ 有［	□ 幻視・幻聴	□ 興奮	□ 不穏	□ 妄想　□ 暴力　□ 介護への抵抗　□ 昼夜逆転
	□ 無	□ 不眠	□ 徘徊	□ 危険行為	□ 不潔行為　□ 意思疎通困難　□ その他（　　）］
医療処置	□バルーンカテーテル□ ストマ □ 気管切開 □喀痰吸引□ 胃ろう□ 褥瘡　□ その他（　　）				
家族への介護指導	□ 無 □ 有［理解の状況は：　□ 十分　□ 不十分（問題点：　　）］				
感　染　症	□ HBV　□ HCV　MRSA:保菌　□ 発症（部位：□ 痰 □ 血液　□ 尿 □ 創部）□ その他				

処方内容

退院後の留意事項

-
-
-
-

記載者	（部署）　（氏名）	患者家族サイン