|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 県中医療圏　退院調整ルール　参考様式 | | | | | | (PCR検査項目あり) 記入年月日 　　　年　　　月　　　日 | | | | | | |  |
|  | **退　院　調　整　共　有　情　報　退　院　調　整　共　有　情　報** | | | | | |  |  |  | 担当ケアマネ（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| 面談日時 | 令和　　　　年　　　　月　　　　日（　　）　　　　　時　　　分　～　　　　時　　　分 | | | | | | | 場　所 | | |  | | |
| 面接参加者 |  | | | | | | 病院の連絡窓口(所属） | | | | （　　　　　　） | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
| 氏　名 |  | | | | | | 生年月日 | 明・大・昭 　　　　年　 　　月　 　　 日　（　　　　　歳） | | | 性　別 | 男　・　女 | |
| 病　名 （入院理由） |  | | | | | | 合　併　症 |  | | | | | |
| 既往歴 |  | | | | | | 入院期間 | 令和　　　年　　　月　　　日～令和　　　年　　　月　　　日（予定） | | | | | |
| 病院主治医 （診療科名） | （　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | 在宅主治医 |  | | | | | |
| 1. ①病院から本人・家族への病状の説明内容　　②本人・家族の受け止め方　　③本人・家族の今後の希望   ④本人への病名告知　　　無　・　有 | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
|
| 今後治療方針等（治療方針・受診計画・訪問看護への指示内容など） | | | | | | | | | | | | | |
| |  | | --- | | 症状・病状の予後・予測（把握可能な範囲で） | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 退院後受診 医療機関 | 本院・在宅医・その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | 次回受診予定： | | | 令和　　　　年　　　　月　　　　日 | | |
| リハビリ | 無　　・　　有 | | | （内容　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | |
| 薬物治療 | 無　　・　　有 | | | （内容　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | |
| 医療処置 | 無　　・　　有 | | | 1. 内容：バルンカテーテル・ストマ・インスリン・喀痰吸引・胃ろう・じょくそう（部位　　　　　　　　）　・気管切開・在宅酸素 　 　　排便コントロール・自己注射・ その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | |
|  | | | ②方法（誰が行う）：本人・訪問看護・家族（具体的には誰　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | |
| 生活上の指示 | 無　　・　　有 | | | （内容　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | |
| 禁忌事項 | 無　　・　　有 | | | （内容／留意点　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | |
| ＡＤＬ等 | 自立 | 見守り | 一部 介助 | 全介助 | 病棟での様子 | | | | | | | | |
| 移動 |  |  |  |  | 車いす・杖使用・歩行器使用・装具、補助具使用 | | | | | | | | |
| 移乗 |  |  |  |  | 床からの立ち上がり（可・不可） | | | | | | | | |
| 口腔清潔 |  |  |  |  | 義歯（無・有）　　　　　　歯科医院受診勧奨（無・有） | | | | | | | | |
| 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　・粥（全・五分）　・ミキサー　　　（平均摂取量　　　　割程度） | | | | | | | | |
| 副食　：通常・一口大・刻み・極小刻み・ミキサー（とろみ付：無・有）　　　（平均摂取量　　　割程度） | | | | | | | | |
| 水分摂取：（1日　　　　ｍｌ）　　制限：無・有　（１日　　　　ｍｌ）　・とろみ剤使用（無・有）　　嚥下障害　（無・有） | | | | | | | | |
| 更衣 |  |  |  |  |  | | | | | | | | |
| 入浴 |  |  |  |  | 浴室の有無（有・無） 入浴制限：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・オムツツ | | | | | | | | |
| 療養上の問題 服薬管理 |  |  |  |  |  | | | | | | | | |
| 療養上の問題 | 無・有(幻視・幻聴・興奮・不穏・妄想・暴力・介護への抵抗・昼夜逆転・不眠・徘徊・不潔行為・危険行為・意思疎通困難・ 　　　　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）） | | | | | | | | | | | | |
| 認知症の症状（無・有）　　　　うつ傾向（無・有）　　　　聴覚障害（無・有）　　　視覚障害（無・有）症の症状（無・有）　うつ傾向（無・有）　聴覚障害（無・有）　視覚障害（無・有） | | | | | | | | | | | | |
| 感染症 | MRSA保菌（保菌部位：痰・血液・尿・創部・鼻腔）・HBV・HCV・疥癬・その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | |
| 経済状況 | 年金・生活保護・その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　　　金銭管理：本人・その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | |
| 世帯構成 | 独居・高齢者夫婦世帯・その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　キーパーソン（　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | |
| 介護力 | 主介護者（　　　　　　　　　　　　　）　主介護者以外の支援者（　　　　　　　　　　　）　介護の指導（無・有）　理解の状況：十分・不十分：問題（　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | |
| 備考欄 | | | | | | | | | | | | | |
| ○新型コロナウイルス　PCR検査（ 無 ・ 有 ） | | | | | | | | | | | | | |
|