|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | 年　　　　月　　　　日　（　　） | | | | | | | | | | | | | | | 場　所 | | | |  | | | | |
| 時　　　　分　　　～　　　　時　　　　分 | | | | | | | | | | | | | | |
| 面接参加者 |  | | | | | | | | | | | | 病院の連絡窓口(所属） | | | | | |  | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | （　　　　　　　　　　　　　　　 ） | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| フリガナ |  | | | | | | | | | | | 生年月日 | | 明　昭  大　平　　　　　　　　年　　　　月　　　　日  　　　　　　　　　　　　　　　　　　（　　　　　　歳） | | | | | | | | 性　別 | 男　　女 | |
| 氏　名 |  | | | | | | | | | | |
| 病　名　　　　（入院理由） |  | | | | | | | | | | | 合　併　症 | | | | |  | | | | | | | |
| （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | |
| 既往歴 |  | | | | | | | | | | | 入院期間 | | | 年　　　月　　　日　～　　　　年　　　月　　　日（予定） | | | | | | | | | |
| 病院等主治医 （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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. ②本人・家族の受け止め方 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. ③本人・家族の今後の希望 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. ④本人への病名告知　　　　無　　・　　有 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. 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： | | | 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　　　気管切開 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| じょくそう　（部位　　　　　　　　　）　　 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 経管栄養　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | 介護力が見込める（ 十分 ・ 一部 ）　　　介護力は見込めない　　　家族や支援者はいない | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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( ) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 新型コロナワクチン接種 | | | | | 接種有（　　　　　回）　　　　　　　 接種無 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| インフルエンザワクチン接種 | | | | | 接種有（　Ａ型　　　Ｂ型 ）　 接種無 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 備考欄 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|