

入退院支援情報共有シート

記入日： 令和 年 月 日

情報提供日： 令和 年 月 日

施設名	
部署・担当者名	
電話番号	
FAX番号	



施設名	
部署・担当者名	
電話番号	
FAX番号	

◆ **利用者・患者、家族の同意に基づき、以下の情報を提供します。**

利用者・患者の基本情報											
フリガナ 氏名				生年 月日	<input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 令 年 月 日生			年齢	歳	性別	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性
住所	〒 -						電話番号				
住環境 <small>*可能なら写真 など添付</small>	<input type="checkbox"/> 自宅 → <input type="checkbox"/> 戸建て <input type="checkbox"/> 集合住宅			階建て / 居室		エレベーター		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 洋式 <input type="checkbox"/> 和式			
	<input type="checkbox"/> 施設 → 名称：			特記事項 ペット <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり							
要介護度	<input type="checkbox"/> 要支援			<input type="checkbox"/> 事業対象者 <input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 非該当							
	<input type="checkbox"/> 要介護			<input type="checkbox"/> 申請中 (<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 更新 <input type="checkbox"/> 区分変更)			申請日： 令和 年 月 日				
介護保険の 自己負担割合	<input type="checkbox"/> 不明			ケアマネ 事業所名				ケアマネ 氏名			
障害高齢者の日常生活自立度※ ₁				認知症高齢者の日常生活自立度※ ₂							
障がい等認定 手帳等	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 身体			<input type="checkbox"/> 療育			<input type="checkbox"/> 障がい者医療証 <input type="checkbox"/> 更生医療				
	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 精神			<input type="checkbox"/> 指定難病			診断名：				
医療保険	<input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 社会保険			<input type="checkbox"/> 後期高齢者医療			<input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 他：				
経済状況	<input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 共済年金			<input type="checkbox"/> 障がい年金 <input type="checkbox"/> 生活保護			<input type="checkbox"/> 他：				
	特記事項										
家族構成 / 連絡先											
世帯構成	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢者世帯			<input type="checkbox"/> 子と同居 (家族構成数： 人)			<input type="checkbox"/> 日中独居 <input type="checkbox"/> 他：				
主介護者	氏名	住所			年齢	続柄	TEL				
キーパーソン	①										
	②										
	③										
特記事項											
本人・家族の意向											
本人の性格 / 趣味・関心等											
本人の生活歴・職歴等											
本人の意向・望む生活											
家族の意向・望む生活											
その時に備えて(ACP/人生会議)	<input type="checkbox"/> 話し合いをしたことはない			<input type="checkbox"/> 話し合いをした			⇒別紙「その時に備えて」参照				

資料1：入退院支援情報共有シート

入院前の受診・受療状況				
治療中の疾患名	医療機関名称	診療科/医師名	受診状況	治療・医療処置管理等
既往歴	<input type="checkbox"/> 悪性腫瘍 <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 急性呼吸器感染症 <input type="checkbox"/> 脳血管障害 <input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> その他：			
手術歴				
入院歴	最近半年間での入院	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 病名： 期間： 年 月 日 ~ 年 月 日 <input type="checkbox"/> 不明		
	入院頻度	<input type="checkbox"/> 頻度は高い/繰り返している <input type="checkbox"/> 頻度は低いが、これまでもある <input type="checkbox"/> 今回が初めて		
医療処置	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 末梢点滴 <input type="checkbox"/> 静脈ポート <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 (CVカテーテル) <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 在宅酸素療法 <input type="checkbox"/> 在宅人工呼吸療法 <input type="checkbox"/> 在宅持続陽圧呼吸療法 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 経鼻栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 腸ろう <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"/> 褥瘡： <input type="checkbox"/> 排便コントロール <input type="checkbox"/> 血液透析 <input type="checkbox"/> 腹膜透析 <input type="checkbox"/> ペースメーカー <input type="checkbox"/> 人工関節： <input type="checkbox"/> 自己注射： <input type="checkbox"/> その他： 特記事項：			
入院前の服薬状況 <input type="checkbox"/> 「お薬手帳」(コピー)を添付 <input type="checkbox"/> 薬剤情報提供書を添付				
使用中の薬剤	<input type="checkbox"/> 内服薬 <input type="checkbox"/> 注射薬 <input type="checkbox"/> 吸入薬 <input type="checkbox"/> 貼付薬 <input type="checkbox"/> 目薬 <input type="checkbox"/> 外用薬 居宅療養管理指導 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり			
薬剤管理	<input type="checkbox"/> 一包化 <input type="checkbox"/> 簡易懸濁 <input type="checkbox"/> 粉碎 <input type="checkbox"/> 自己管理 <input type="checkbox"/> 他者管理：管理者			
服薬状況	<input type="checkbox"/> 処方通り服用 <input type="checkbox"/> 時々忘れる <input type="checkbox"/> 服用忘れが多い、処方が守られていない <input type="checkbox"/> 服薬拒否			
かかりつけ薬局・薬剤師	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ⇒ 薬局名： 薬剤師名：			
特記事項	副作用 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり：			
入院前の介護サービスの利用状況 <input type="checkbox"/> 居宅サービス計画書1.2.3表の添付				
入院前の介護サービス利用状況	<input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 通所リハビリ <input type="checkbox"/> 短期入所 <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与 <input type="checkbox"/> 配食 <input type="checkbox"/> その他：			
今後の在宅生活の展望について (ケアマネジャーとしての意見)				
退院後の希望	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 入院前と同じ施設 <input type="checkbox"/> 入院前と異なる施設 <input type="checkbox"/> 医療機関 詳細：			
退院後の世帯状況と配慮の有無	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> 日中独居 <input type="checkbox"/> その他： 世帯に対する配慮 <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要：			
退院後の介護力	主介護者	<input type="checkbox"/> 入院前と同じ <input type="checkbox"/> 入院前と変更 氏名： 続柄： 連絡先：		
	<input type="checkbox"/> 介護力が見込める (<input type="checkbox"/> 十分 <input type="checkbox"/> 一部) <input type="checkbox"/> 介護力は見込めない <input type="checkbox"/> 家族や支援者はいない			
特記事項	家族や同居者等による虐待・DVの疑い	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり：		

資料1：入退院支援情報共有シート

身体・生活機能の状況									
利用者・患者氏名：			記入日： 令和 年 月 日			情報提供日： 令和 年 月 日			
身長： cm		体重： Kg		アレルギー		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 薬剤 <input type="checkbox"/> 食物 <input type="checkbox"/> その他 内容：			
感染症		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> HBs-Ag <input type="checkbox"/> HCV <input type="checkbox"/> TPHA <input type="checkbox"/> MRSA (<input type="checkbox"/> 保菌 <input type="checkbox"/> 発症 部位：) <input type="checkbox"/> 新型コロナワクチン接種 (<input type="checkbox"/> 2回 <input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 無) <input type="checkbox"/> その他 ()							
褥瘡		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 部位：			皮膚障害		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 部位：		
麻痺		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 左上肢 <input type="checkbox"/> 右上肢 <input type="checkbox"/> 左下肢 <input type="checkbox"/> 右下肢 <input type="checkbox"/> その他：							
拘縮		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 部位：			四肢欠損		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 部位：		
		自立	見守り	一部介助	全介助	移動 (屋内)		<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"/> 他	
移動		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	移動 (屋外)		<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"/> 他	
移乗		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	装具の有無		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり：	
起居動作		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(身体清潔の状況等、特記事項)			
更衣		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
整容	洗顔	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	整髪	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	爪切	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
入浴		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	入浴制限		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり⇒ <input type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> 機械浴 <input type="checkbox"/> 清拭 <input type="checkbox"/> 他	
食事		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	食事回数・時間		回/日 時、 時、 時	
口腔ケア		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	嚥下		<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良 咀嚼 <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良	
食事形態		<input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 嚥下調整食 (コード <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2-2 <input type="checkbox"/> 2-1 <input type="checkbox"/> 1j <input type="checkbox"/> 0t <input type="checkbox"/> 0j)							
摂取方法		<input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経管 (<input type="checkbox"/> 鼻腔 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 腸ろう) <input type="checkbox"/> 輸液				言語		<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良	
栄養		<input type="checkbox"/> 体重減少 kg/週・月		<input type="checkbox"/> エネルギー Kcal		<input type="checkbox"/> たんぱく質 g		<input type="checkbox"/> 治療食 (<input type="checkbox"/> 腎 <input type="checkbox"/> 糖尿 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> 心臓 <input type="checkbox"/> その他) <input type="checkbox"/> 補助栄養：	
(摂食・嚥下に関する特記事項)									
排尿		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ (<input type="checkbox"/> 日中 <input type="checkbox"/> 夜間) <input type="checkbox"/> 間欠導尿			
排便		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 尿器 (<input type="checkbox"/> 日中 <input type="checkbox"/> 夜間) <input type="checkbox"/> パウチ <input type="checkbox"/> 留置カテーテル <input type="checkbox"/> リハビリパンツ (<input type="checkbox"/> 日中 <input type="checkbox"/> 夜間) <input type="checkbox"/> オムツ (<input type="checkbox"/> 日中 <input type="checkbox"/> 夜間)			
(排泄に関する特記事項)									
睡眠の状態		<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良：			眠剤の使用		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり：		
喫煙		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり：		本くらい/日		喫煙歴あり：		年間 本くらい/日	
飲酒		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり：		合くらい/日		特記事項：			
コミュニケーション能力		視力		<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難あり <input type="checkbox"/> 困難		眼鏡		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
		聴力		<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難あり <input type="checkbox"/> 困難		補聴器		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
		言語		<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難あり <input type="checkbox"/> 困難		意思疎通		<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難あり <input type="checkbox"/> 困難	
		特記事項：							
精神面における療養上の問題		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 幻覚・幻聴 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 焦燥・不穏 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 暴力・攻撃性 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗性 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 危険行為 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> その他：							
特記事項：									
身体・生活機能の状況についての情報：									

資料1：入退院支援情報共有シート

今回の入院概要			
入院日	令年月日	入院経路	<input type="checkbox"/> 予定入院 <input type="checkbox"/> 緊急入院 <input type="checkbox"/> 救急搬送 <input type="checkbox"/> その他：
診療科・主治医	科	担当医：	科 担当医：
退(転)院のめやす・予定日など			
入院原因疾患名・入院目的			
入院中の治療概要・看護・療養経過			
症状・病状説明、予後・予測、注意事項等			
退院後の外来受診	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり：		
本人	病気・障害・後遺症等の受け止め方		
	退院・転院後についての意向		
家族	病気・障害・後遺症等の受け止め方		
	退院・転院後についての意向		
退院先(医療機関・施設等)	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 医療機関・施設名称：		
転院・退院後に必要な事柄			
医療処置管理	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 末梢点滴 <input type="checkbox"/> 静脈ポート <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養(CVカテーテル) <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 在宅酸素療法 <input type="checkbox"/> 在宅人工呼吸療法 <input type="checkbox"/> 在宅持続陽圧呼吸療法 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 経鼻栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 腸ろう <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 消化管ストーマ <input type="checkbox"/> 尿道カテーテル <input type="checkbox"/> 尿路ストーマ <input type="checkbox"/> 血液透析 <input type="checkbox"/> 腹膜透析 <input type="checkbox"/> 疼痛管理 <input type="checkbox"/> 排便コントロール <input type="checkbox"/> 自己注射：	留意事項・継続依頼したい事柄等	
薬剤管理	<input type="checkbox"/> なし 退院後の注意点 <input type="checkbox"/> 副作用モニタリング <input type="checkbox"/> 処方変更に伴う薬学的評価 <input type="checkbox"/> ポリファーマシー <input type="checkbox"/> 薬剤投与方法 服用管理の注意点 <input type="checkbox"/> 飲み忘れ <input type="checkbox"/> 残薬 <input type="checkbox"/> 自己調整		
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"/> ターミナルケア <input type="checkbox"/> 療養上の指導(食事・水分・睡眠・清潔ケア・排泄などの指導)		

資料1：入退院支援情報共有シート

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・嚥下練習 <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	
社会福祉サービスの利用	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 老人福祉 <input type="checkbox"/> 身体障がい者福祉 <input type="checkbox"/> 知的障がい者福祉 <input type="checkbox"/> 母子及び寡婦福祉 <input type="checkbox"/> 精神保健及び精神障がい者福祉	
禁忌事項	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり：	
備考		