

## 入退院支援情報共有シート

記入日： 令和 3年 7月 1日

情報提供日： 令和 3年 7月 4日

施設名	黒松病院
部署・担当者名	地域連携室・屋島 夕子
電話番号	087-839-〇〇〇〇
FAX番号	087-839-××××



施設名	つつじケアプランセンター
部署・担当者名	栗林 雪男
電話番号	087-839-△△△△
FAX番号	087-839-□□□□

## ◆ 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	タカマツ タロウ	生年	<input type="checkbox"/> 大 <input checked="" type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 令	年齢	88 歳
氏名	高松 太郎	月日	8 年 7 月 29 日生	性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性
住所	〒760-8571 高松市番町一丁目8-15	電話番号	087-839-2346		
住環境	<input checked="" type="checkbox"/> 自宅 → <input checked="" type="checkbox"/> 戸建て <input type="checkbox"/> 集合住宅 階建て/居室 階 エレベーター <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 施設 → 名称： トイレ <input checked="" type="checkbox"/> 洋式 <input type="checkbox"/> 和式				
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 checked="" type="checkbox"/> 要介護 2 <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 有効期限 令和 2 年 10 月 1 日 ~ 令和 3 年 9 月 30 日				
介護保険の自己負担割合	1割 <input type="checkbox"/> 不明	ケアマネ事業所名	つつじケアプランセンター	ケアマネ氏名	栗林 雪男
障害高齢者の日常生活自立度※ <sub>1</sub>	A2	認知症高齢者の日常生活自立度※ <sub>2</sub>	自立		
障がい等認定手帳等	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 身体 <input type="checkbox"/> 精神	<input type="checkbox"/> 療育 <input type="checkbox"/> 指定難病 診断名：	<input type="checkbox"/> 障がい者医療証	<input type="checkbox"/> 更生医療
医療保険	<input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 社会保険 <input checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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：				
	氏名	住所	年齢	続柄	TEL
主介護者	高松 花子	高松市番町一丁目8-15	80	妻	087-839-2346
キーパーソン	① 高松 次郎	高松市桜町一丁目〇-〇	50	長男	087-839-〇〇〇〇
	②				
	③				
特記事項	通院や買い物等、長男夫婦の支援あり。				
本人・家族の意向					
本人の性格/趣味・関心等	社交的で友人も多い。趣味はスポーツ観戦。特にプロ野球や相撲が好き。				
本人の生活歴・職歴等	仕事は営業職で、若い頃は転勤で全国を転々としていた。定年まで勤めた後、高松へ帰郷した。				
本人の意向・望む生活	妻や息子の支援を受けながら家で暮らしたい。				
家族の意向・望む生活	本人の希望に沿って、サービスを利用しながら、自宅で生活を続けたい。				
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 checked="" 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
高血圧	香川クリニック	内科/瀬戸 海子	通院(月1回)	投薬治療
慢性心不全	香川クリニック	内科/瀬戸 海子	通院(月1回)	投薬治療
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： 55歳：拡張型心筋症、心房細動の診断にて心不全の治療を実施			
手術歴	65歳：僧帽弁閉鎖不全にて、僧帽弁置換術、三尖弁形成術施行			
入院歴	最近半年間での入院	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 頻度は低い、これまでにもある <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 checked="" 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： 【酸素指示】 安静時：酸素流量1.5ℓ/分、労作時：酸素流量3ℓ/分			
入院前の服薬状況				
使用中の薬剤	<input checked="" type="checkbox"/> 内服薬 <input type="checkbox"/> 注射薬 <input type="checkbox"/> 吸入薬 <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> あり			
薬剤管理	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 他者管理：管理者 妻			
服薬状況	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> あり ⇒ 薬局名： 峰山薬局 薬剤師名： 石清尾 緑			
特記事項	副作用 <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり：			
入院前の介護サービスの利用状況				
入院前の介護サービス利用状況	<input type="checkbox"/> 居宅サービス計画書1.2.3表の添付 <input checked="" type="checkbox"/> 訪問介護 <input checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要：			
退院後の介護力	主介護者	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 介護力が見込める ( <input type="checkbox"/> 十分 <input checked="" 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 checked="" 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 3年 〇月 〇日			情報提供日： 令和 3年 〇月 〇日			
身長： 160 cm		体重： 48 Kg		アレルギー		<input checked="" 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 新型コロナワクチン接種 ( <input type="checkbox"/> 2回 <input checked="" type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 無 ) <input type="checkbox"/> その他 ( )							
褥瘡		<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり                   部位：			皮膚障害		<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり                   部位：		
麻痺		<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり                   部位：			四肢欠損		<input checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
整容	洗顔	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	整髪	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	爪切	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
入浴		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	入浴制限	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり⇒ <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	食事回数・時間	3回/日   6時、   12時、   18時		
口腔ケア		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	嚥下	<input checked="" type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良	咀嚼	<input checked="" type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良
食事形態		<input checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> トイレ <input checked="" type="checkbox"/> ポータブルトイレ ( <input type="checkbox"/> 日中 <input checked="" type="checkbox"/> 夜間 ) <input type="checkbox"/> 間欠導尿			
排便		<input checked="" 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 checked="" 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		<input checked="" type="checkbox"/> 喫煙歴あり：		40年間   10本くらい/日	
飲酒		<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> やや難あり <input type="checkbox"/> 困難		眼鏡		<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	
		聴力		<input type="checkbox"/> 問題なし <input checked="" type="checkbox"/> やや難あり <input type="checkbox"/> 困難		補聴器		<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	
		言語		<input checked="" type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難あり <input type="checkbox"/> 困難		意思疎通		<input checked="" 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 checked="" 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3年〇月〇日	入院経路	<input type="checkbox"/> 予定入院 <input checked="" 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	循環器内科	担当医：四国 三郎	科 担当医：
退(転)院のめやす・予定日など	2週間程度		
入院原因疾患名・入院目的	慢性心不全急性増悪		
入院中の治療概要・看護・療養経過	心臓の機能を強くするため、24時間持続的に薬剤を投与し、心機能増強と浮腫の改善に努める。しばらくは、ベッド上で安静状態となる。		
症状・病状説明、予後・予測、注意事項等	心臓の働きの低下により、全身の血液流量が低下、全身に浮腫が出現し、心不全が急激に悪化した状態。		
退院後の外来受診	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり：2週間に1回		
本人	病気・障害・後遺症等の受け止め方	病気の経過は長いので、ある程度疾患や気を付ける点など理解しているつもり。	
	退院・転院後についての意向	家族やケアスタッフの支援を受けながら、自宅で療養したい。	
家族	病気・障害・後遺症等の受け止め方	これ以上悪化せずに病気と付き合っていけたらと思う。	
	退院・転院後についての意向	本人の意向に沿って、ケアスタッフの支援を受けながら、自宅で療養をさせてあげたい。	
退院先(医療機関・施設等)	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 在宅酸素療法 <input checked="" 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 checked="" 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 <b>退院後の注意点</b> <input checked="" type="checkbox"/> 副作用モニタリング <input checked="" 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 <b>服用管理の注意点</b> <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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 清潔ケア <input type="checkbox"/> 血糖コントロール <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 服薬指導 <input type="checkbox"/> ターミナルケア <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 本人指導 <input checked="" 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり：	
備考		