

# 退院調整共有情報

担当ケアマネ( )

氏名				生年月日	明・大・昭	年	月	日	年齢	歳	性別	男・女
面談日時	平成 年 月 日( ) 午前・午後 時 分～ 時 分					場所						
面談者						病院の連絡窓口(所属)		( )				
入院の原因となった病名												
合併症						退院予定日	平成	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と患者・家族の受け止め方、患者・家族の今後の希望												
(退院後も含めて)症状・病状の予後予測(医療機関の見立て・意見(今後の見通し、急変の可能性や今後、どのようなことが起こりうるか(合併症)、よくなっていく方向か、ゆっくり落ちていく方向なのか など)												
ADL	自立	監視	一部介助	全介助	病棟での様子							
移動方法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 杖使用 <input type="checkbox"/> 歩行器使用 <input type="checkbox"/> 装具・補助具使用							
移乗方法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
口腔清潔	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
食 事	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 治療食 ( <input type="checkbox"/> Kcal <input type="checkbox"/> 糖尿病食 <input type="checkbox"/> 高血圧食 <input type="checkbox"/> 腎臓病食 <input type="checkbox"/> その他 ) <input type="checkbox"/> 経管栄養 主食: <input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> ミキサー (摂取量 割) 副食: <input type="checkbox"/> 通常 <input type="checkbox"/> 一口大 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> 極小刻み <input type="checkbox"/> ミキサー(口とろみ付) (摂取量 割) 水分摂取量:1日 ml とろみ剤使用 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし							
更衣	<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"/>	入浴の制限:無 <input type="checkbox"/> 有( <input type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> 清拭 <input type="checkbox"/> その他( ) 入浴動作の注意点( )							
排 泄	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	場所: <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> オムツ							
家事動作	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	退院後に必要となる家事動作の予後予測について							
服薬管理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
療養上の問題	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 不穏 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 危険行為 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 意思疎通困難 <input type="checkbox"/> その他( )											
医療処置	<input type="checkbox"/> バルーンカテーテル <input type="checkbox"/> ストマ <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> じょくそう <input type="checkbox"/> その他( )											
主治医からの意見												
家族への介護指導	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 有の場合、理解の状況は: <input type="checkbox"/> 十分 <input type="checkbox"/> 不十分 (問題点: )											
感染症	<input type="checkbox"/> HBV <input type="checkbox"/> HCV MRSA:保菌 <input type="checkbox"/> 発症(部位: <input type="checkbox"/> 痰 <input type="checkbox"/> 血液 <input type="checkbox"/> 尿 <input type="checkbox"/> 創部) <input type="checkbox"/> その他											
リハビリ目標(リハビリから確認):												
備考欄												