様式2-2　（令和２年3月版）　延岡市

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **退院時情報提供シート**  **変更あり　 変更あり** | | | | | | | | | | | 【記入日】令和　　　年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所名 | | | | | |  | | | | | | | | | 電話番号 | | | | |  | | | |
| 記 入 者 | | | | | |  | | | | | | | | | FAX番号 | | | | |  | | | |
| 被保険者番号 | | | | 2600 | | | | | | | | | | | | 入院日した日 | | | | | | | | 令和　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | |
| フリガナ  本人氏名 | | |  | | | | | | | | | | 男  女 | | | 生年月日 | | | | | | | | 年　　月　　日（　　歳） | | | | | | | | | | |
| 住　　所 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | 電話  番号 | | | 自　宅 | | | | | |  | | | | | |
| 携帯等 | | | | | |  | | | | | |
| 家族構成・状況 |  | | | | | | | | | 家族氏名 | | | | | | | | | | | 続柄 | | 年齢 | | | | 備考（同居・別居、主介護者等） | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |  | |  | | | |  | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |  | |  | | | |  | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |  | |  | | | |  | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |  | |  | | | |  | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |  | |  | | | |  | | | | | | | |
| 日中独居 親族なし 家族が無関心 家族が要介護状態 家族が認知症 その他（　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 緊急連絡先 | ① | 氏名 | | |  | | | | | | | 続柄 | | |  | | | | | | | 繋がり易い  電話番号 | | | | | | |  | | | | | |
| 住所 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ② | 氏名 | | |  | | | | | | | 続柄 | | |  | | | | | | | 繋がり易い  電話番号 | | | | | | |  | | | | | |
| 住所 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ｷｰﾊﾟｰｿﾝ | | 氏名 | | |  | | | | | | | 続柄 | | |  | | | | | | | 電話番号 | | | | | | |  | | | | | |
| 介護保険 | | 未申請 自立 申請中 要支援（　　）要介護（　　）事業対象者（認定日：　　年　　月　　日） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 有効期間 | | | | | | 年　　月　　日～　　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | 自己負担割合 | | | | | | | （　　　）割負担 | | |
| 日常生活  自 立 度 | | 障害高齢者 | | | | | | 自立 （　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | 判定日 | | | | | 年　　月　　日 | | | | |
| 認知症高齢者 | | | | | | 自立 （　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | 判定日 | | | | | 年　　月　　日 | | | | |
| 障害認定 | | なし あり【身障 療育 精神 等級（　　　　　　　　）】 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 住居環境 | | 所有 賃貸【 戸建 集合住宅（　　　階）】 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 住宅改修 | | | | | あり  なし | |
| 経済状況 | | 年金【国民 厚生 障害関係 その他の年金（　　　　）】特障手当 生活保護 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 医療保険 | | 後期高齢者医療 国民健康保険 その他（　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 現 病 名  現 病 歴 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | 既 往 歴 | | |  | | | | | | | | | | | | |
| 感 染 症 | | なし あり【詳細（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）】 不明 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| かかりつけ医  又は主治医 | | 病 院 名 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 電話番号 | | | | |  |
| 診 療 科 | | | |  | | | | | | | 医師名 | | | | |  | | | | | | | | | | | 受診頻度 | | | | | 回／　　月 |
| 病 院 名 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 電話番号 | | | | |  |
| 受診頻度 | | | |  | | | | | | | 医師名 | | | | |  | | | | | | | | | | | 受診頻度 | | | | | 回／　　月 |
| 服薬状況 | 内　服　薬 | | | | | | あり なし | | 服薬管理者 | | | | | 本人 その他（　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 管理上の問題 | | | | | | あり なし | | 〔処方内容〕 例）別紙にて、お薬手帳コピーを添付。など | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 飲み忘れ | | | | | | あり なし | |
| 眠剤の処方 | | | | | | あり なし | |
| ※ 分かる範囲で記入してください。個人情報の取り扱いはP17を参照。  ※ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

様式2-2　（令和２年3月版）　延岡市

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 入院中の状況 | 身体状況 | 体　　格 | | 身長(　　　)㎝／体重(　　　)㎏／BMI(　　　) | | | | | | | 入院中に２～３㎏以上の体重減があった。 | | | | | | |
| 麻　　痺 | | なし あり【(入院前：　　　度)⇒（入院中：　　度 改善）⇒（退院時：　　度 改善）】 | | | | | | | | | | | | | |
| 皮膚疾患 | | なし あり（詳細：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | |
| コミュニケーション | 視　　力 | | 問題なし やや難あり 困難 眼鏡 | | | | | | | 入院前との変化(　　　　　　　　　　　) | | | | | | |
| 聴　　力 | | 問題なし やや難あり 困難 補聴器 | | | | | | | 入院前との変化(　　　　　　　　　　　) | | | | | | |
| 言　　語 | | 問題なし やや難あり 困難 | | | | | | | 入院前との変化(　　　　　　　　　　　) | | | | | | |
| 意思疎通 | | 問題なし やや難あり 困難 | | | | | | | 入院前との変化(　　　　　　　　　　　) | | | | | | |
| ＡＤＬ | 移動状態 | | 自立 見守り 一部介助 全介助 | | | | | | 移動手段 | | |  | | | | |
| 更　　衣 | | 自立 見守り 一部介助 全介助 | | | | | | 整　容 | | 自立 見守り 一部介助 全介助 | | | | | |
| 入　　浴 | | 自立 見守り 一部介助 全介助 | | | | | | 入浴法 | | （　　　　浴） 清拭 行わず | | | | | |
| 排泄 | 排　　尿 | | 自立 一部介助 全介助 尿意あり | | | | | | 便　意 | | 自立 一部介助 全介助 便意あり | | | | | | |
| 排泄方法 | | おむつ 紙パンツ パット ｶﾃｰﾃﾙ・ﾊﾟｳﾁ ポータブルトイレ（常時 夜間のみ） | | | | | | | | | | | | | |
| 食事 | 状　　況 | | 自立 見守り 一部介助(　　　　　　　　) 全介助（　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | |
| 食事制限 | なし あり(　　　　　) | | | | | 水分制限 | | | なし あり(　　　　　　　) | | | | |
| 食の形態 | | 普通 きざみ ミキサー ムース トロミあり 経管（　　　）その他　　　　） | | | | | | | | | | | | | |
| 口腔 | 義　　歯 | | なし あり(　　　) | | | 口腔衛生 | 良 不良 著しく不良 | | | | | | | 口臭 | なし あり | |
| 嚥下障害 | | なし 時々むせる 常にむせる | | | | | 嗜 好 品 | | | 飲酒：　　合／日 喫煙：　　本／日 | | | | | |
| 睡眠状態 | | | 良好 不良(　　　　　　) | | | | | 睡眠時間 | | | 時間／日　不明(　　　　　　) | | | | | |
| 精神面での問題 | | | なし あり（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | |
| 本や家族の受け止め／意向 |  | | | 病気 | | | | | 障害・後遺症 | | | | | | | | 病名告知 |
| 本人の  受け止め方 | | |  | | | | |  | | | | | | | | ☐なし  ☐あり |
| 家族の  受け止め方 | | |  | | | | |  | | | | | | | | ☐なし  ☐あり |
| 退院後の生活 | 本人の  意向 | |  | | | | | | | | 阻害  要因 | |  | | | |
| 家族の  意向 | |  | | | | | | | | 阻害  要因 | |  | | | |
| 退院後に必要な事柄 | 特別な  医療処置 | | なし 点滴 酸素療養 喀痰吸引 気管切開 尿道ｶﾃｰﾃﾙ 尿路ストーマ 消化管ストーマ  痛みコントロール 排便コントロール その他（　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | |
| 看護の視点 | | なし あり | | | | | | | | | | | | | | |
| リハビリの  視点 | | なし あり | | | | | | | | | | | | | | |
| 禁忌事項 | | なし あり | | | 禁忌の内容/留意点 | | | | | | | | | | | |
| 特記事項 | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 症状・病状の  予後予測 | | |  | | | | | | | | | | | | | | |

※ 分かる範囲で記載してください。変更のない箇所の記入は不要です。個人情報取り扱いはP17参照。

※