

(様式4)

記入日： 年 月 日
入院日： 年 月 日
情報提供日： 年 月 日

退院時情報提供書

年 月 日

居宅介護支援事業所

事業所名

ケアマネージャー名

医療機関

医療機関名

担当者名

TEL：

Fax：

氏名		様	☐ 男 ☐ 女	☐ M ☐ S	☐ T ☐ H	年 月 日生（ 歳）	
住所						TEL	
入院期間		年 月 日～ 年 月 日 ☐ 予定 ☐ 決定				担当医	
入院中に実施している医療処置		☐ 無 ☐ 点滴 ☐ 酸素療法 ☐ 吸痰吸引 ☐ 気管切開 ☐ 胃瘻 ☐ 経管栄養 ☐ 経腸栄養 ☐ 褥瘡 ☐ 尿道注射 ☐ 人工膀胱 ☐ 人工肛門 ☐ 痛みコントロール ☐ 排便コントロール ☐ 尿道カテーテル（挿入日 / 交換予定日 / ） ☐ その他（ ）					
傷病名		かかりつけ医への情報提供 ☐ 無 ☐ 有					
退院時の病状							
内服薬		☐ 無 ☐ 有 処方日 / 日 日分（処方薬 ）					
受診日		☐ 無 ☐ 有（ 月 日 時 分予約） 他科受診 ☐ 無 ☐ 有（ 科 ）					
介護保険		☐ 無 ☐ 要支援（ ） ☐ 要介護（ ） ☐ 申請中（申請日 / ） ☐ 区分変更（区変日 / ）					
動作	寝返り	☐ できる ☐ つかまれば可 ☐ できない			起き上がり	☐ できる ☐ つかまれば可 ☐ できない	
	座位保持	☐ できる ☐ 支えれば可 ☐ できない			移乗	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助	
	歩行	☐ できる ☐ つかまれば可 ☐ できない			補助具	☐ 杖 ☐ 歩行器 ☐ 車椅子 ☐ その他（ ）	
栄養 口腔	栄養摂取	☐ 経口 ☐ 経管栄養		形態	☐ 普通 ☐ きざみ ☐ 嚥下障害（ ☐ とろみ有 ☐ とろみ無 ） ☐ ミキサー		
	口腔ケア	☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助			食事介助	☐ 無 ☐ 一部介助 ☐ 全介助 ☐ その他（ ）	
排泄	排尿	☐ 自立 ☐ Pトイレ ☐ オムツ ☐ その他			排便	☐ 自立 ☐ Pトイレ ☐ オムツ ☐ その他	
清潔 更衣	入浴	☐ 自立 ☐ 清拭 ☐ 特浴 ☐ 入浴せず			衣服着脱	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助	
認知	問題行動	☐ 無 ☐ 幻視幻聴 ☐ 興奮 ☐ 焦燥・不穏 ☐ 妄想 ☐ 暴力／攻撃性 ☐ 介護抵抗 ☐ 不眠 ☐ 昼夜逆転 ☐ 徘徊 ☐ 危険行為 ☐ 不潔行為 ☐ その他（ ）					
入院後に必要と考えられる医療処置		☐ デイサービス ☐ デイケア ☐ ホームヘルパー ☐ 訪問入浴 ☐ ショートステイ ☐ 訪問リハビリ ☐ 訪問看護（ ☐ NS ☐ PT ☐ OT ☐ ST ） ☐ 住宅改修（場所： ） ☐ 福祉用具レンタル（ ☐ ベッド ☐ 褥瘡予防マット ☐ 車椅子 ☐ 歩行器 ☐ 杖 ☐ その他〔 〕 ☐ 福祉用具購入（ ☐ Pトイレ ☐ 入浴椅子 ☐ その他〔 〕					
備考							