

## ◆ 入退院支援に関する情報共有の様式について ◆

- ・入退院時における病院担当者、在宅担当者の連携のため、作成した参考様式です。
- ・ルール策定に携わった関係者で検討し、今回内容を見直しています。  
(令和5年7月～8月)
- ・事業所等の既存様式の使用を妨げるものではありません。鹿児島保健医療圏で推奨するものです。

## ◆ 様式の活用について

様式1 入院時情報提供シート（在宅担当者→病院担当者）

様式3 入院時情報提供シート（在宅担当者→病院担当者）

在宅での患者（対象者）の基本情報や疾患、ADL等の状況を医療機関に提供し、入院後の治療や在宅生活を円滑にするための情報共有シートです。

入院時情報提供シートは2種類あります。使いやすい方をご活用ください。

様式2 退院時情報共有シート（病院担当者→在宅担当者）

様式4 退院支援情報共有シート（病院担当者→在宅担当者）

患者（対象者）の「入院前や入院中の状況」と在宅において、本人の希望に沿った支援を行うために医療機関に、確認しておくべき情報について示された情報共有シートです。

退院時情報共有シートと退院支援情報共有シートの2種類があります。使いやすい方をご活用下さい。

※厚生労働省が作成している退院・退所加算（算定対象者）に係る様式例にも対応できる内容が含まれています。

詳しくは介護報酬の解釈1を参照ください。

※このシートを使用しなければ、加算が算定できないということではありません。

# 記入のポイント

様式1：入院時情報提供シート（新） P1

様式2：退院時情報提供シート（新） P3

様式3：入院時情報提供シート（R5年度改訂） P5

様式4：退院支援情報共有シート（R5年度改訂） P6

【様式1】

# 入院時情報提供シート

医療機関 ← 居宅介護支援事業所

記入日: 年 月 日  
入院日: 年 月 日  
情報提供日: 年 月 日

医療機関名:  
ご担当者名:  
ご担当窓口:

事業所名:  
ケアマネジャー氏名:  
TEL: FAX:

全てを埋める為のシートでは、ありません。入院から在宅までの切れ目のない支援…連携の為のシートです。

## 1. 利用者(患者)基本情報について

氏名	(フリガナ)	年齢	歳	性別	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性
		生年月日	年 月 日生		
住所		電話番号			
住環境	住居の種類(戸建て・集合住宅) 階建て 居室 階 エレベーター(有・無)				
入院時の要介護度	<input type="checkbox"/> 要支援( ) <input type="checkbox"/> 要介護( ) <input type="checkbox"/> 事業対象 有効期間: 年 月 日 ~ 年 月 日 <input type="checkbox"/> 申請中(申請日 / ) <input type="checkbox"/> 区分変更(申請日 / ) <input type="checkbox"/> 未申請				
障害高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2				判断月日( / )
認知症高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M				<input type="checkbox"/> 医師の判断 <input type="checkbox"/> ケアマネジャーの判断
介護保険の負担割合	<input type="checkbox"/> 割 <input type="checkbox"/> 不明	障害など認定	<input type="checkbox"/> あり(身体・精神・知的)等級( )		
年金などの種類	<input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input checked="" type="checkbox"/> 遺族年金 <input type="checkbox"/> 恩給				

## 2. 家族構成/連絡先について

世帯構成	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> 子と同居 <input type="checkbox"/> 日中独居 <input type="checkbox"/> その他( )		
主介護者氏名	(続柄・才)	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	TEL:
キーパーソン	(続柄・才)	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	TEL:

## 3. 本人/家族の意向について

本人の大切にしていること	
本人の生活歴	入院直前の行動習慣等もあると目標への設定声かけが出来ます。 他にも拘りや性格等の記載があると声かけのポイントになります。
入院前の本人の生活に対する意向	<input type="checkbox"/> 添付の居宅サービス計画書(1)表又は介護予防サービス・支
入院前の家族の生活に対する意向	<input type="checkbox"/> 添付の居宅サービス計画書(1)表又は介護予防サービス・支

## 4. 入院前の介護サービス利用状況について

入院前の介護サービスの利用状況	介護指導の必要性 <input type="checkbox"/> あり(内容: ) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 添付の居宅サービス計画書(1)(2)(3)表をご確認ください。
-----------------	--

## 5. 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)

在宅生活に必要な条件	例>外階段が10段あります。15cmほどの段差昇降が出来ると妻の負担も軽減すると思います。 例>妻が腰痛ある為、排泄がトイレで出来る様になって欲しいと言われています。
退院後の世帯に対する配慮	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要( ) 主介護者 <input type="checkbox"/> 本シート2に同じ <input type="checkbox"/> 左記以外(氏名: 続柄: ) <input type="checkbox"/> 介護力が見込める( <input type="checkbox"/> 十分 <input type="checkbox"/> 一部 <input type="checkbox"/> 見込めない) <input type="checkbox"/> 家族や支援者はいない
特記事項	

6. 身体・生活機能の状況/療養生活上の課題について

麻痺の状況	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度 部位( )		褥瘡	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( )	
ADL	移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		移動(室内)	<input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他
	移譲	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		移動(屋外)	<input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他
	更衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		起居動作	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	整容	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		特記(転倒リスク等)	
	入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			
	食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			
食事内容	回数	( )/日 時間(朝: 昼: 夕: )		食事制限	<input type="checkbox"/> あり( ) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明
	形態	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> きざみ <input type="checkbox"/> 嚥下障害食 <input type="checkbox"/> ミキサー		特記:	
	方法	<input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経管	水分とろみ: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	水分制限	<input type="checkbox"/> あり( ) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明
口腔	嚥下	<input type="checkbox"/> むせない <input type="checkbox"/> 時々むせる <input type="checkbox"/> 常にむせる		義歯	<input type="checkbox"/> あり( ) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明
	清潔	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良 <input type="checkbox"/> 著しく不良		口臭	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
排泄	排尿	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		特記(オムツ・P-トイレ使用等)	
	排便	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			
睡眠の状態	<input type="checkbox"/> 良 <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		飲酒	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )合くらい/日あたり	
コミュニケーション	視力	<input type="checkbox"/> 支障なし <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"/> 支障なし <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"/> 支障なし <input type="checkbox"/> やや難あり <input checked="" type="checkbox"/> 困難		特記事項	
	疎通	<input type="checkbox"/> 支障なし <input type="checkbox"/> やや難あり <input type="checkbox"/> 困難			
精神面における療養上の問題	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 幻視・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 <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( )				
疾患歴	<input type="checkbox"/> なし <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( )				
入院歴	直近半年間の入院	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(理由: ) <input type="checkbox"/> 不明 期間: 年 月 日 ~ 年 月 日			
	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、これまでもある <input type="checkbox"/> 今回が初めて			
入院前に実施している医療処置	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 経鼻栄養 <input type="checkbox"/> 経腸栄養 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <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"/> 排便コントロール <input type="checkbox"/> 自己注射( ) <input type="checkbox"/> その他( )				

本人や家族の病識の希薄さにより生じる場合もあります。医療連携により病識や意識改善の足掛かりになるかもしれません。

本人がコレなら出来そうな事、出来ている事を記載。

7. お薬について ※必要に応じて、「お薬手帳(コピー)」を添付

内服薬	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 別途お薬手帳及び薬情シート参照	
薬剤管理	<input type="checkbox"/> 自己管理 <input type="checkbox"/> 他者による管理(管理者: ) ・管理方法: ( )	
服薬状況	<input type="checkbox"/> 処方通り服用 <input type="checkbox"/> 時々飲み忘れ <input type="checkbox"/> 飲み忘れが多い、処方が守られていない <input type="checkbox"/> 服薬拒否	
薬に関する特記事項	<input type="checkbox"/> なし	

8. かかりつけ医について

例えば(独居の方)朝は飲み忘れが無い。1日1回なら服薬継続出来そうです…等。

かかりつけ医療機関名	電話番号
医師名	診療方法 頻度 <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 訪問診療 <input type="checkbox"/> その他 頻度=( )回/月

9. カンファレンス等について(ケアマネジャーからの希望)

「院内多職種カンファレンス」への参加	<input type="checkbox"/> 希望あり
「退院前カンファレンス」への参加	<input type="checkbox"/> 希望あり 具体的な要望:
「退院前訪問指導」を実施するばあいの同行	<input type="checkbox"/> 希望あり

※鹿児島県入退院支援ルール(鹿児島医療圏) シート編集部作成書式(令和5年度改訂)

【様式2】

## 退院時情報共有シート

医療機関 → 居宅介護支援事業所

医療機関名:

ご担当者名:

事業所名:

全てを埋める為のシートではありません。入院から在宅までの切れ目のない支援…連携の為のシートです。

利用者(患者)/家族の同意に基づき、利用者情報(身体・生活機能など)の情報を共有しました。退院後の支援にぜひご活用ください。

### 1. 利用者(患者)基本情報について

氏名	(フリガナ)	年齢	歳	性別	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性
		生年月日	年	月	日生
住所		電話番号			
情報収集	情報収集回数	<input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 2回 <input type="checkbox"/> 3回	方法	<input type="checkbox"/> 面談 <input type="checkbox"/> オンライン <input type="checkbox"/> カンファレンス	
	最終情報収集日時	年 月 日 :			
入院の原因疾患	合併症				
入院期間	年 月 日 ~ 年 月 日 ( <input type="checkbox"/> 予定 <input type="checkbox"/> 確定)				
要介護度情報	<input type="checkbox"/> 入院時と同じ <input type="checkbox"/> 申請中(申請日 年 月 日) <input type="checkbox"/> 区分変更後( <input type="checkbox"/> 要支援( ) <input type="checkbox"/> 要介護( )				
医療費	特定疾患医療受給者証: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(疾患名: )				
介護保険の負担割合	<input type="checkbox"/> 割 <input type="checkbox"/> 不明		障害など認定	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(身体・精神・知的)	
	年金などの種類 <input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 遺族年金 <input type="checkbox"/> 恩給				
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					

### 2. 家族構成/連絡先について

世帯構成	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> 子と同居 <input type="checkbox"/> 日中独居 <input type="checkbox"/> その他( )				
主介護者氏名	(続柄 ・ 才)		<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	TEL:	
キーパーソン	(続柄 ・ 才)		<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	TEL:	

### 3. 本人の状態(心身機能)及び退院後の見通しについて

<input type="checkbox"/> 看護サマリー参照 <input type="checkbox"/> リハビリテーションサマリー参照 <input type="checkbox"/> 栄養サマリー参照 <input type="checkbox"/> その他文書参照( )			
ADL	移動	<input type="checkbox"/> 入院前と変化なし <input type="checkbox"/> 変化あり: <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	特記事項  記入例 室内:歩行器 屋外:車いす介助  便対策: 週3回 浣腸   排便:ポータブルトイレ, オムツ使用
	移乗	<input type="checkbox"/> 入院前と変化なし <input type="checkbox"/> 変化あり: <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
	起居	<input type="checkbox"/> 入院前と変化なし <input type="checkbox"/> 変化あり: <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
	口腔	<input type="checkbox"/> 入院前と変化なし <input type="checkbox"/> 変化あり: <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
	食事	<input type="checkbox"/> 入院前と変化なし <input type="checkbox"/> 変化あり: <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 治療食( Kcal) <input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 高血圧食 <input type="checkbox"/> 導尿管病食 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> きざみ <input type="checkbox"/> 嚥下障害食 <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> ソフト食 <input type="checkbox"/> 水分とろみ 嚥下咀嚼状況留意点( )	
	更衣	<input type="checkbox"/> 入院前と変化なし <input type="checkbox"/> 変化あり: <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
	入浴	<input type="checkbox"/> 入院前と変化なし <input type="checkbox"/> 変化あり: <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
	排尿	<input type="checkbox"/> 入院前と変化なし <input type="checkbox"/> 変化あり: <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 尿意: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
	排便	<input type="checkbox"/> 入院前と変化なし <input type="checkbox"/> 変化あり: <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 便意: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
	見通し	<input type="checkbox"/> 介護指導の必要性(内容: )	

睡眠の状態	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良( )	眠剤の使用	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
コミュニケーション	視力	<input type="checkbox"/> 支障なし <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"/> 支障なし <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"/> 支障なし <input type="checkbox"/> やや難あり <input type="checkbox"/> 困難	特記事項	
	疎通	<input type="checkbox"/> 支障なし <input type="checkbox"/> やや難あり <input type="checkbox"/> 困難		
精神面における療養上の問題	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 幻視・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 <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( )			
入院中に実施している医療処置	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 経鼻栄養 <input type="checkbox"/> 経腸栄養 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <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"/> 排便コントロール <input type="checkbox"/> 自己注射( ) <input type="checkbox"/> その他( )			
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( )			
病気に対する危険予測				

4. お薬について ( 別紙看護サマリー参照 )

内服薬	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 別紙(看護サマリー及び薬情シート)参照
薬剤管理	<input type="checkbox"/> 自己管理 <input type="checkbox"/> 他者による管理(管理者: ) ・管理方法: )
薬に関する特記事項	※退院時処方期間等

5. 専門職からの情報提供及び退院時指導内容、入院中の気になるエピソード等

リハビリ職	<input type="checkbox"/> リハビリテーションサマリー参照
看護職 介護職	<input type="checkbox"/> 看護サマリー参照
その他	<input type="checkbox"/> 別紙専門職サマリー参照

6. 主治医(医療体制)及び緊急時対応について

入院主治医		在宅主治医	変更 <input type="checkbox"/> なし	<p>唐突には尋ねにくい事です。 意思決定確認書など病院で作成されているか確認されているかを聞き取りましょう。確認できる機会・場面があれば、共有を図りましょう。</p>
ACP や介護サービス全般に関する意見	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<p>入院中の主治医よりケアプランやサービス内容に関する意見を聞き取りましょう。</p>		
緊急時対応	対処方法: 連絡先: 搬送先:	退院後の医療体制	<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 訪問 頻度=( )回/月 <input type="checkbox"/> 未定	

7. その他

退院時における本人の意向	
退院時における家族の意向	
その他連絡事項	<p>体調不良時など日・祝日、夜間帯などの受診について確認しましょう</p>

※鹿児島県入退院支援ルール(鹿児島医療圏) シート編集部会作成書式(令和5年度改訂)

# 様式1 入院時情報提供シート

入院日 令和 年 月 日

情報提供日 令和 年 月 日

提供先 → 【 御中 】

事業所名	
担当者名	

電話番号	
FAX番号	

全てを埋める為のシートではありません。入院から在宅までの切れ目のない支援...連携の為のシートです。紙面だけではなく病院側スタッフとの連携も必要です。

氏名	住所	生年月日	☆元号 年 月	☆男・女
緊急時連絡先	氏名	住所	連絡先	
連絡しやすい時間帯( : ~ : )				

住環境  一戸建  集合住宅( 階建て 階)  有料老人ホーム等  
 手すり(  有  無 ) 段差(  有 ( 玄関 約 cm)  無 ) エレベーター(  有  無 )

在宅主治医

要介護度  未申請  申請中  区分変更中  非該当 ★要介護度 ★負担割合  
 認定日: 年 月 日 有効期間: 年 月 日 ~ 年 月 日

特定疾患医療受給者証  有(疾患名: )  無

障害者手帳 ★身体・知的・精神 ★(級) 経済状況 ★年金・生保・その他 ( )

サービス利用状況: 要介護別紙ケアプラン添付(1表~3表)  有  無

訪問介護( 回/週)  訪問看護( 回/週)  通所介護( 回/週)  通所リハビリ( 回/週)  訪問リハ( 回/週)  
 短期入所( 回/月)  福祉用具貸与 (内容: )  住宅改修(内容: )  その他( )

家族の介護力  独居  日中独居  高齢世帯  サポートできる家族や支援者が不在  家族が要介護状態/認知症である  
 その他( ) 家族への介護指導  有: 理解の状況...  十分  不十分 (問題点: )  無

ADL	自立	見守り	一部介助	全介助	
-----	----	-----	------	-----	--

室内移動方法      物伝え  杖使用  歩行器使用  装具・補助具使用  車いす

室外移動方法      杖使用  歩行器使用  装具・補助具使用  車いす

移動方法      杖使用  歩行器使用  装具・補助具使用  車いす

移乗方法      福祉用具の利用 ( )

起居動作      ベッド  布団  その他( )

口腔清潔      義歯  無  有 (  総入れ歯  部分 )

食事      普通  治療食( Kcal  糖尿病食  高血圧食  腎臓病食  その他)  経管栄養  
 主食:  普通  柔らかめ  全粥  ミキサー ★食事回数: 特記( )  
 副食:  通常  一口大  刻み  極小刻み  ミキサー(  ところみ付)  ソフト食  
 水分制限:  無  有 ( ml) アレルギー:  無  有( )  
 栄養状態: ★不良・普通・良 食への意欲:  無  有  
 摂取方法:  はし  スプーン  その他( )  
 ところみ剤使用:  無  有 嚥下・咀嚼状況(留意点)( )

更衣

入浴      自宅(浴室)  訪問入浴  通所系サービス  清拭

排尿      トイレ  ポータブル  尿器  オムツ  その他( ) 尿意の有無:  無  有  曖昧

排便      トイレ  ポータブル  便器  オムツ  その他( ) 便意の有無:  無  有  曖昧

服薬管理      処方通り  時々飲み忘れ  飲み忘れ多く処方守られていない  過量

療養上の問題  無  有(  幻視・幻聴  興奮  不穏  暴力  介護への抵抗  昼夜逆転  不眠  危険行為  
 不潔行為  意思疎通困難  徘徊  認知(程度: ★日常生活自立度:  その他( ) )  
 同居家族の認知症の有無:  無  有(程度: )

医療処置  パルンカテーテル  スタマ(人工肛門・人工膀胱)  気管切開  喀痰吸引  胃ろう  褥瘡  その他  
 処理の頻度( ) 家族での対応:  可  不可

コミュニケーション能力  
 視力:  問題なし  やや難あり  困難 メガネ:  無  有 \* コミュニケーションに関する  
 聴力:  問題なし  やや難あり  困難 補聴器:  無  有  
 意思疎通:  問題なし  やや難あり  困難 言語障害:  無  有

◆既往歴

◆本人・家族が生活する上で大事にしていること、希望する生活  
 本人らしさについて記載...性格や拘り等も含めて計画書の本人や家族意向など記入

◆介護を行っていて気になること(家族と当事者間の関係等)

◆連絡事項・その他  多職種連携カンファレンス参加希望  退院前カンファレンス希望  
 ケアマネが考える在宅生活再開に向けて、必要な条件も記載しましょう。

この情報を提供することについて、ご本人またはご家族から同意をいただいています。

# 様式2 退院支援情報共有シート 退院日 令和 年 月 日

担当ケアマネ

氏名	住所	生年月日	★元号	年	月	日	男・女		
面談日時	令和 年 月 日 ( )	★午前・午後	時	分	～	時			
医療機関名及び連絡窓口(所属)		電話							
入院の原因となった病名		合併症							
入院期間	入院日 年 月 日	要介護度	申請状況	<input type="checkbox"/> 申請中	<input type="checkbox"/>				
特定疾患医療受給者証	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(疾患名: )	障害者手帳	★身体・知的・精神 ★級	経済状況	★年金・生保・その他 ( )				
病院主治医		在宅主治医	<input type="checkbox"/> 変更なし	<input type="checkbox"/> 変更あり					
次回受診日	年 月 日	緊急時の受診先	医療機関名( )						
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									
治療内容、予後等家族にどんな説明をされたか分かる記載がほしい									
ADL	自立	見守り	一部介助	全介助	要支援は必要事項のみ記入			見通し	
移動方法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 杖使用	<input type="checkbox"/> 歩行器使用	<input type="checkbox"/> 装具・補助具使用	<input type="checkbox"/> 車いす	例)おおよその到達可能なレベルの確認(どの位の期間で、どのレベルまでいけそうか など)
移乗方法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
起居動作	<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"/>	口腔衛生( )	義歯	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		
食 事	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 経管栄養				ADL全般については、入院中の状況を聞き取りましょう。
					<input type="checkbox"/> 治療食( 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)				
					主食: <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 柔らかめ <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> 食事回数: 特記( )				
					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( <input type="checkbox"/> ところみ付) <input type="checkbox"/> ソフト食				
					水分制限: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( ml) アレルギー: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( )				
栄養状態: ★不良・普通・良	食への意欲: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有						服薬については、薬情にて確認しましょう		
摂取方法: <input type="checkbox"/> はし <input type="checkbox"/> スプーン <input type="checkbox"/> その他( )									
とろみ剤使用: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	嚥下・咀嚼状況(留意点)						自宅以自己管理が出来そうか?支援が必要か?等の検討出来る情報確認が必要。		
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"/>	<input type="checkbox"/> 自宅(浴室)	<input type="checkbox"/> 訪問入浴		<input type="checkbox"/> 通所系サービス	<input type="checkbox"/> 清拭
排 尿 排 便	<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 <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> その他( )	★尿意の有無:			
					<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> 便器 <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> その他( )	★便意の有無:			
服薬管理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 処方通り	<input type="checkbox"/> 時々飲み忘れ	<input type="checkbox"/> 飲み忘れ多く処方守られていない	<input type="checkbox"/> 過量	
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"/> 暴力 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 不眠				不潔行為 <input type="checkbox"/> 意思疎通困難 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 認知機能低下(程度: )			環境変化に伴い出現する症状が多いため入院前後の変化の共有、確認が必要。	
同居家族の認知症の有無: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(程度: )									
医療処置	<input type="checkbox"/> バルーンカテーテル <input type="checkbox"/> スタマ(人工肛門・人工膀胱)	<input type="checkbox"/> 気管切開	<input type="checkbox"/> 喀痰吸引	<input type="checkbox"/> 胃ろう	<input type="checkbox"/> 補聴器	<input type="checkbox"/> 痛みコントロール	<input type="checkbox"/> 排便コントロール	<input type="checkbox"/> 酸素療法	処理の頻度( ) 家
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	聴力: <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	メガネ: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	補聴器: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	言語障害: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	* コミュニケーション		
家族の介護力	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (留意点等: )								
家族への介護指導	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有:理解の状況...	<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( )							
病気に対する危険予測									
緊急時の対応	処置の方法:			搬送先:					
	連絡先:								
◆リハビリ目標及び内容、頻度、運動制限(リハビリから確認): 家屋調査実施 <input type="checkbox"/> 有( 令和 年 月 日) <input type="checkbox"/> 無									
◆看護を行っていて気になったこと(入院中のエピソード、家族と当事者間の言動等)									
◆本人、家族の退院に対する意向(患者と家族との意向の乖離)									
◆連絡事項・その他 (退院処方: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( 日分) ), (服薬変更: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 )									
次回の受診日を確認しておきましょう。									