

退院時患者情報提供書 No.2

患者氏名:

項目	退院時の状況	入院前 から変化 した項目	改善の 可能性	支援内容
①意思疎通	<input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 会話 <input type="checkbox"/> 筆談 <input type="checkbox"/> ジェスチャー <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
②基本動作	室内移動 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 時間がかかっても介助なしで可能 <input type="checkbox"/> 手を貸してもらうなど一部介助を要す <input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	移動手段 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 装具 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> その他			
	屋外移動 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 時間がかかっても介助なしで可能 <input type="checkbox"/> 手を貸してもらうなど一部介助を要す <input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	移動手段 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 装具 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> その他			
起居動作 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 時間がかかっても介助なしで可能 <input type="checkbox"/> ベッド柵を握らせてもらうなど一部介助を要する	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
座位保持 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 支えがあれば可能 <input type="checkbox"/> ベッド柵を握らせてもらうなど一部介助を要する	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
③食事	食事動作 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 時間がかかっても介助なしで可能 <input type="checkbox"/> おかずを刻むなどの一部介助を要す <input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	食事形態 <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			
	とろみ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有			
	食器 <input type="checkbox"/> 箸 <input type="checkbox"/> スプーン <input type="checkbox"/> フォーク <input type="checkbox"/> 特殊箸 <input type="checkbox"/> 変形スプーン <input type="checkbox"/> 変形皿			
④内服	内服薬 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	管理 <input type="checkbox"/> 自己管理 <input type="checkbox"/> 他者による管理( ) 服薬状況 <input type="checkbox"/> 処方通り服用 <input type="checkbox"/> 時々飲み忘れあり <input type="checkbox"/> 飲み忘れが多い			
⑤排泄	排泄動作 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 時間がかかっても介助なしで可能 <input type="checkbox"/> 便座に座らせてもらう、ズボンを下げるなど、一部介助を要する	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	日中 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> テープタイプ <input type="checkbox"/> パンツタイプ <input type="checkbox"/> 自己導尿 <input type="checkbox"/> 尿取りパット			
	夜間 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> テープタイプ <input type="checkbox"/> パンツタイプ <input type="checkbox"/> 自己導尿 <input type="checkbox"/> 尿取りパット			
⑥清潔・整容	入浴動作 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 時間がかかっても介助なしで可能 <input type="checkbox"/> 体を洗ってもらうなど一部介助を要する <input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	入浴方法 <input type="checkbox"/> 特殊浴 <input type="checkbox"/> 介助浴 <input type="checkbox"/> 清拭 <input type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> 一般浴(個浴) <input type="checkbox"/> 行わず			
	洗面 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 時間がかかっても介助なしで可能 <input type="checkbox"/> 顔を洗ってもらうなど一部介助を要する <input type="checkbox"/> 全介助			
	整髪 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 時間がかかっても介助なしで可能 <input type="checkbox"/> 櫛を握らせてもらうなど一部介助を要する <input type="checkbox"/> 全介助			
	髭剃り <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 時間がかかっても介助なしで可能 <input type="checkbox"/> 髭剃りを握らせてもらうなど一部介助を要する <input type="checkbox"/> 全介助			
⑦口腔管理	口腔ケア <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 時間がかかっても介助なしで可能 <input type="checkbox"/> 歯磨き粉をつけるなど一部介助を要する <input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	義歯 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 : <input type="checkbox"/> 上 <input type="checkbox"/> 下 <input type="checkbox"/> 部分 <input type="checkbox"/> 総義歯			
	義歯管理 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助			
⑧更衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 時間がかかっても介助なしで可能 <input type="checkbox"/> 袖を通してもらうなど一部介助を要する <input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
⑨睡眠	睡眠状態 <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	睡眠時間 ( ) 時 ~ ( ) 時			
	眠剤使用 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( <input type="checkbox"/> 定期 <input type="checkbox"/> 頓服 )			
	いびき等 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有			