

退院患者連絡票（富岡圏域版）

（様式2）

記入日	平成	年	月	日	記入者	医療機関						
入院日	平成	年	月	日		職・氏名						
退院（予定）日	平成	年	月	日		職・氏名						
ケアマネジャー		事業所										
		氏名										
基本情報	(ふりがな)											
	利用者（患者）名											
	生年月日		年 月 日									
	年齢	歳	性別		☐ 男 ☐ 女							
	住所											
	固定電話番号				携帯電話番号							
連絡先	緊急連絡先		氏名		続柄		電話番号		(携帯電話優先)			
	家族構成		同居の家族				子供の状況					
	キーパーソン		氏名		続柄		勤務先					
保険情報	医療保険	被保険者	氏名							☐ 本人 ☐ 家族		
		限度区分	☐ 区分ア		☐ 区分イ		☐ 区分ウ		☐ 区分エ		☐ 区分オ	
		福祉医療	☐ 無		☐ 有		認定日		年 月 日			
		特定医療	☐ 無		☐ 有		認定日		年 月 日			
		補足事項										
疾病情報	既往歴											
	入院経過											
	入院中 主治医	診療科		氏名								
	退院後 主治医	医療機関名										
医療管理			氏名									
	☐ なし											
	☐ あり（チェックリストが添付されている場合は別紙参照）											
動作・移動	寝具		☐ 標準		☐ 耐圧分散マット		☐ エアマット					
	移動方法		☐ 自立歩行		☐ 杖歩行・歩行器		☐ 車椅子（ ☐ 自走可能 ☐ 自走不可）					
コミュニケーション	移動動作		☐ 自立		☐ 見守り		☐ 一部介助		☐ 全介助			
	補装具		☐ 装具		☐ コルセット		☐ サポーター					
	行動制限		☐ 身体拘束帯		☐ 手袋・ミトン		☐ センサー（ ☐ 有 ☐ 無）					
リハビリ		☐ 無		☐ 有		（運動制限		☐ 無 ☐ 有）				
留意点												
コミュニケーション		☐ 言語障害		☐ 難聴（補聴器		☐ 有 ☐ 無）		☐ 眼鏡				

精神	精神状態	☐ 無 ☐ 徘徊 ☐ 幻覚 ☐ 幻聴 ☐ 異食 ☐ 収集行動 ☐ 有 ☐ 抵抗 ☐ 暴言 ☐ 暴力 ☐ 不潔行為 ☐ 認知症 ☐ 精神疾患（病名 ）				
	睡眠状態	☐ 異常なし ☐ 昼夜睡眠 ☐ 夜間覚醒（昼夜逆転） ☐ 不眠				
	留 意 点					
食事	食事方法	☐ 経口摂取 ☐ 経管栄養 ☐ 胃瘻 ☐ 点滴 特記事項				
	摂取動作	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助				
	介助用具	☐ 無 ☐ スプーン・フォーク ☐ 自助具				
	嚥下状況	☐ 良好 ☐ 不良				
	咀嚼状況	☐ 良好 ☐ 不良				
	主食形態	☐ 米飯 ☐ おにぎり ☐ ミキサー ☐ 全粥 ☐ 7分粥 ☐ 5分粥 ☐ 3分粥				
	副食形態	☐ 普通 ☐ 一口大きざみ ☐ ぎざみ ☐ ミキサー				
	食事摂取量	主食 割 ～ 割 副食 割 ～ 割				
	飲 水	☐ 普通 ☐ とろみ（弱） ☐ とろみ（強）				
	義 歯	☐ 無 ☐ 有（ ☐ 総義歯 ☐ 部分義歯 ）				
	飲食制限	食 事	☐ 無 ○○食 ※制限食のカロリー、ナトリウム・タンパク質量等を記載 ☐ 有			
		水 分	☐ 無 ☐ 有（ ml/日）			
	留 意 点					
衛生	排泄	排 尿	日中 回 夜間 回			
		排尿感覚	☐ 無 ☐ 有			
		排 便	回/日			
		排便感覚	☐ 無 ☐ 有			
		便秘薬使用	☐ 無 ☐ 有（ ☐ 内服薬 ☐ 座薬 ）			
		最終排便日	月 日			
		介 助	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助			
	使用物品	☐ パット ☐ オムツ （ ☐ 常時 ☐ 夜間 ） ☐ リハビリパンツ （ ☐ 常時 ☐ 夜間 ） ☐ ポータブルトイレ （ ☐ 常時 ☐ 夜間 ） ☐ 尿 器 （ ☐ 常時 ☐ 夜間 ） ☐ 便 器 （ ☐ 常時 ☐ 夜間 ）				
		留 意 点				
		保 清	保 清	☐ 一般浴 ☐ シャワー浴 ☐ 機械浴 ☐ 清拭		
			更 衣	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助		
			最終保清日	月 日		
	口腔ケア		☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助			
	留 意 点					
	意思決定支援					
	備考					