

# 退院患者連絡票 (富岡圏域版)

(様式2)

記入日	令和 年 月 日					医療機関		
入院日	令和 年 月 日					記入者	職・氏名	
退院(予定)日	令和 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						要介護度	
	生年月日	年 月 日						
	年齢	歳	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 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	種類	社保: <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族		国保: <input type="checkbox"/> 本人		その他: <input type="checkbox"/>		
	限度区分	<input type="checkbox"/> 区分ア	<input type="checkbox"/> 区分イ	<input type="checkbox"/> 区分ウ	<input type="checkbox"/> 区分エ	<input type="checkbox"/> 区分オ		
		<input type="checkbox"/> 区分I	<input type="checkbox"/> 区分II	<input type="checkbox"/> 一般	<input type="checkbox"/> その他 ( )			
	福祉医療	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	認定日	年	月	日	
	特定医療	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 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					氏名	
医療管理	<input type="checkbox"/> なし							
	<input type="checkbox"/> あり (チェックリストが添付されている場合は別紙参照)							
		<input type="checkbox"/> 点滴管理	<input type="checkbox"/> 中心静脈栄養	<input type="checkbox"/> 血液透析	<input type="checkbox"/> 疼痛管理	<input type="checkbox"/> ストーマ		
	<input type="checkbox"/> 酸素療法	<input type="checkbox"/> 気管切開	<input type="checkbox"/> 褥瘡処置	<input type="checkbox"/> カテーテル・ドレーン類				
	<input type="checkbox"/> 喀痰吸引	<input type="checkbox"/> 経管栄養	<input type="checkbox"/> 吸入薬	<input type="checkbox"/> 外用薬	<input type="checkbox"/> インシュリン	単位		
	<input type="checkbox"/> 服薬 (薬品名: )							
	詳細							
動作・移動	寝具	<input type="checkbox"/> 標準	<input type="checkbox"/> 耐圧分散マット	<input type="checkbox"/> エアマット				
	移動方法	<input type="checkbox"/> 自立歩行	<input type="checkbox"/> 杖歩行・歩行器	<input type="checkbox"/> 車椅子	( <input type="checkbox"/> 自走可能 <input type="checkbox"/> 自走不可 )		<input type="checkbox"/> ストレッチャー	
	移動動作	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助			
	補装具	<input type="checkbox"/> 装具	<input type="checkbox"/> コルセット	<input type="checkbox"/> サポーター				
	行動制限	<input type="checkbox"/> 身体拘束帯	<input type="checkbox"/> 手袋・ミトン	<input type="checkbox"/> センサー ( )				
	リハビリ	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	( 運動制限 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 )				
	留意点							
コミュニケーション	<input type="checkbox"/> 言語障害 <input type="checkbox"/> 難聴 (補聴器 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ) <input type="checkbox"/> 眼鏡							

精神	精神状態	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 抵抗 <input type="checkbox"/> 認知症	<input type="checkbox"/> 幻覚 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 精神疾患(病名)	<input type="checkbox"/> 幻聴 <input type="checkbox"/> 暴力	<input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 不潔行為	<input type="checkbox"/> 収集行動	
	睡眠状態	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 昼夜睡眠 <input type="checkbox"/> 夜間覚醒(昼夜逆転) <input type="checkbox"/> 不眠						
	留意点							
食事	食事方法	<input type="checkbox"/> 経口摂取 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 点滴						
		特記事項						
	摂取動作	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助						
	介助用具	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> スプーン・フォーク <input type="checkbox"/> 自助具						
	嚥下状況	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良						
	咀嚼状況	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良						
	主食形態	<input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> おにぎり <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> ゼリー食 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> 7分粥 <input type="checkbox"/> 5分粥 <input type="checkbox"/> 3分粥						
	副食形態	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 一口大きざみ <input type="checkbox"/> ざみ <input type="checkbox"/> ミキサー						
	食事摂取量	主食 割 ~ 割 副食 割 ~ 割						
	飲水	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> とろみ(弱) <input type="checkbox"/> とろみ(強)						
	義歯	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( <input type="checkbox"/> 総義歯 <input type="checkbox"/> 部分義歯 )						
	飲食制限	食 事	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( <input type="checkbox"/> 総義歯 <input type="checkbox"/> 部分義歯 ) 〇〇食 ※制限食のカロリー、ナトリウム・タンパク質量等を記載					
		水 分	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (                    ml/日 )					
	留意点							
衛生	排 尿	日中	回	夜間	回			
	排尿感覚	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有						
	排 便	回/日						
	排便感覚	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有						
	便秘薬使用	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( <input type="checkbox"/> 内服薬 <input type="checkbox"/> 座薬 )						
	最終排便日	月 日						
	介 助	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助						
	使用物品	<input type="checkbox"/> パット						
		<input type="checkbox"/> オムツ ( <input type="checkbox"/> 常時 <input type="checkbox"/> 夜間 )						
		<input type="checkbox"/> リハビリパンツ ( <input type="checkbox"/> 常時 <input type="checkbox"/> 夜間 )						
		<input type="checkbox"/> ポータブルトイレ ( <input type="checkbox"/> 常時 <input type="checkbox"/> 夜間 )						
		<input type="checkbox"/> 尿 器 ( <input type="checkbox"/> 常時 <input type="checkbox"/> 夜間 )						
		<input type="checkbox"/> 便 器 ( <input type="checkbox"/> 常時 <input type="checkbox"/> 夜間 )						
	留意点							
保 清	保 清	<input type="checkbox"/> 一般浴 <input type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> 機械浴 <input type="checkbox"/> 清拭						
	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						
	最終保清日	月 日						
	口腔ケア	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助						
	留意点							
意思決定支援								
備考								