

# 退院調整シート

(病棟又は地域連携室等 → 地域包括支援センター・担当ケアマネジャー)

受持看護師 ( ) 担当ケアマネジャー ( )

氏名	ふりがな	生年月日	明・大・昭 年 月 日	年齢	歳	性別	男・女
面談日時	平成 年 月 日 ( ) 午前・午後 時 分 ~ 時 分		場所				
面談者			病院名、連絡窓口(所属)	( )			
入院の原因となった病名	(省略せず記載)						
合併症			退院予定日	平成 年 月 日頃			
病院主治医			在宅主治医				
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							
入院中の経過			家族の状況			生活歴・趣味	
ADL	自立	見守り	一部介助	全介助	病棟での様子		
移動方法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 杖使用 <input type="checkbox"/> 歩行器使用 <input type="checkbox"/> 装具・補助具使用	主訴 <input type="checkbox"/> 痛み <input type="checkbox"/> 全身倦怠感 <input type="checkbox"/> 呼吸困難 <input type="checkbox"/> その他	
移乗方法	<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"/>			
服薬管理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 退院処方			
食 事	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 治療食 ( <input type="checkbox"/> 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 ) <input type="checkbox"/> 経管栄養		
					主食: <input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> ミキサー (摂取量 割)		
					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(口とろみ付) (摂取量 割)		
水分摂取量:1日 ml とろみ剤使用 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし							
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"/>	入浴の制限: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 [ <input type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> 清拭 <input type="checkbox"/> その他 ( ) ]		
排 泄	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	場所: <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		
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"/> 妄想 <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 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 危険行為 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 意思疎通困難 <input type="checkbox"/> その他 ( ) ]						
医療処置	<input type="checkbox"/> バルーンカテーテル <input type="checkbox"/> ストマ <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> じょく瘡 <input type="checkbox"/> その他 ( )						
家族への介護指導	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 [理解の状況は: <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						
リハビリ目標(リハビリから確認):							
備考欄							

※訪問看護サマリーがある場合は、併せてご覧ください。