

医療と介護の連携シート（退院・退所情報）

- ・把握できる範囲で記入し、カンファレンス等で追記していく
- ・スペースが不足する場合、別紙添付、または口頭等で対応
- ・関係機関にとどまらず、本人、家族とも情報を共有すること

| | |
|-----|--------|
| 実施日 | 年 月 日 |
| | (第 回目) |
| 記入日 | 年 月 日 |

記入者

| | |
|--------|----|
| 所属機関 | 氏名 |
| 入院・入所先 | |

面談・会議への参加者

| | | | |
|---------------|--------------|--------------------------------------|--------------|
| 本人 家族等 | 氏名（続柄） | 氏名（続柄） | 氏名（続柄） |
| 医療 機関 側 | 医師 | | 在宅側 |
| | 病棟看護師 | カンファレンス出席者を記入する 医療機関側の欄は、職種と氏名を記入 | 所属 氏名(職種) |
| | 退院調整看護師 | | 所属 氏名(職種) |
| | | | 所属 氏名(職種) |
| | | | 所属 氏名(職種) |
| MSW | 所属 氏名(職種) | | |

| | | | |
|--------|---|---|---------------------------|
| 氏名 | ふりがな | 性別 | 生年月日 |
| | | 男・女 | 明・大・昭 年 月 日 (歳) |
| 住所 | | 電話 | |
| 要介護度 | 要支援 () 要介護 () ・未申請 | 申請中 (新規・更新・区分変更) | 申請日 年 月 日 |
| 世帯状況 | <input type="checkbox"/> 単身 <input type="checkbox"/> 家族 (本人含め 人、家族構成：) <input type="checkbox"/> 日中独居 (: ~ :) | | |
| 主たる連絡先 | ふりがな | 本人との関係 | 電話番号 |
| | 氏名 | <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 (区内・区外：) | 自宅、携帯等連絡の取りやすい 電話番号を記入 |
| その他連絡先 | ふりがな | 本人との関係 | 電話番号 |
| | 氏名 | <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 (区内) | |

| | |
|---|--|
| 家族構成 | 家族等の支援状況 |
| | 介護への協力状態や病気の理解や、主介護者以外の家族の支援状況等、家族から聞き取った内容を記入 ※内容によっては口頭等で別途情報提供 |
| ◎：本人、○：女性、□：男性、●■：死亡 ☆：キーパーソン、主：主介護者 同居は○で囲む | |

| | |
|-----------------------|-------------------------|
| 本人の意思・希望 | 家族の意思・希望 |
| 退院するにあたって、生活や療養に対する意向 | キーパーソン、主介護者、それ以外の家族等の意向 |

| |
|---|
| 各専門職からの意見・指示内容等 |
| ・医師、看護師、リハビリ職等、医療チームからの療養上の注意点、指導内容 例えば、入浴上の注意やリハビリについて（リハの状況や今後の要・不要、運動制限の有無）等を記入 ・各種制度や社会資源の利用について、MSWから本人、家族に説明や指導をした場合は、その内容を記入 |

| |
|--|
| 備考 |
| ・スペース等の関係で、裏面に記入できなかった事や、その他項目にない情報等の記入に活用 ・カンファレンス実施時の議題や対応等の記入欄としても活用 |

※関係機関と情報を共有することについては、ご本人・ご家族から承諾を得てお【医療機関】
 ※私は、上記及び裏面の内容の退院指導を受けました 本人・家族・代理人サイン (続柄)

医療機関が退院時共同指導等に使用

| | | |
|------------|--|---|
| 入院・入所期間 | 入院日 年 月 日 ~ 退院日 年 月 日 (予定) | |
| 主病名 | 入院の原因になった病名 | 本人への病気の説明 |
| 既往歴 | 入院シートと同様、病名の他に医療機関名や治療・入院の時期を記入 | 告知無・有 病気・病状の理解 無・有 |
| 治療経過・現在の症状 | 上記疾患に対する治療状況 入院中、他疾患の治療が行われた場合はその状況も記入 | 癌に限らず、本人にどんな説明が されていて、本人はそれをどう理 解しているか等、聞き取った内容 を記入 |
| 退院後の留意事項 | 医師からの症状・病状の予後予測の説明、 療養中の注意点を記入 | 医療処置 <input type="checkbox"/> 点滴の管理 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 経鼻経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 気管切開処置 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> インシュリン <input type="checkbox"/> カテーテル <input type="checkbox"/> ストーマの処置 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> 疼痛管理 <input type="checkbox"/> その他: 在宅の処置担当者 処置内容指導： 済・未 |
| 皮膚の状況 | 褥瘡：無・有 (部位) 湿疹：無・有 (部位) | 処置方法： |
| 感染症 | 不明・無・有 (<input type="checkbox"/> C型肝炎 <input type="checkbox"/> B型肝炎 <input type="checkbox"/> 梅毒 <input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> 緑膿菌 <input type="checkbox"/> その他() (対応上の注意： 在宅において、ヘルパー等が本人に接する上で注意する点) | |
| 服薬管理状況 | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 処方内容 <input type="checkbox"/> 眠剤の服用 <input type="checkbox"/> 下剤の服用 (日に 回) 退院後は誰が管理するのか、薬は一包化など、 服薬管理の状況や介助の内容を記入 | |
| 認知症状等 | 無・有 症状： 認知症の周辺症状、精神状態等 を具体的に記入 | 障害高齢者の日常生活自立度 自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2 認知症高齢者の日常生活自立度 自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・V |
| 夜間の状態 | 良眠・問題あり 状態： | 【ADL全般について】 |
| 食事 | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 食事制限： 水分制限： 塩分制限： 備考 | 主食 介助の内容など具体的な状況に ついては、カンファレンス時 に確認し、空欄に追記 状況 |
| 口腔ケア | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 入れ歯：無・有 | |
| 移動 | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 手引き <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> シルバーカー <input type="checkbox"/> 車椅子 | |
| 起居動作 | 循環器疾患等で入浴中止のめやすがある場合に記入 | |
| 入浴 | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 (併用) 最終保清日 (月 日) バイタルサイン(中止のめやす)： 体温 °C 以上 脈拍数 以上、 以下 SpO ₂ % 以下 血圧 以上、 以下 (mmHg) | |
| 排泄 | 介助の内容も記入する 常時・夜間のみ等、オムツ等の 使用状況は空白スペースに記入 <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> パット <input type="checkbox"/> リハパツ <input type="checkbox"/> ベッド上 <input type="checkbox"/> Pトイレ <input type="checkbox"/> トイレ オムツ等使用の状況(常時など) | 尿意：無・有 便意：無・有 排便状況：良・不良 (日に 回) 退院時に確認して追記 最終排便日 (月 日) |
| 退院後の医療 | <input type="checkbox"/> 病院 科 先生 次回通院日 月 日 <input type="checkbox"/> かかりつけ医受診 医療機関名 . 先生 <input type="checkbox"/> 往診・訪問診療予定 医療機関名 . 先生 状態悪化時の再入院について： 応相談・その他 | 家屋状況 特記すべき家屋状況等を記入 |
| 経済状況 | 生活保護受給：無・有 在宅サービス利用における費用負担の上限(約 万円/月) 経済上の不安等、本人・家族の訴えを記入 | 本人・家族から聞き取った範囲で記入 |
| サービスの必要性 | ベッド・車椅子等：不要・要 (ベッド・車椅子・) 医療からみて必要なサービス： <input type="checkbox"/> 訪問診療 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問リハ <input type="checkbox"/> 通所サービス <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 短期入所 <input type="checkbox"/> その他 () ※ 訪問看護指示書作成依頼 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (医療機関：) | |