

# 退院時情報収集書

★ケアマネジャーが面談やカンファレンスで収集した情報をまとめるシートです

ふりがな				性別	生年月日				
氏名				男・女	明・大・昭	年	月	日(歳)	
住所	TEL			入院期間(予定)					
				年 月 日 ~ 年 月 日(予定)					
要介護度	(未申請・区分変更中・新規申請中・非該当) 要支援(1・2) 要介護(1・2・3・4・5) 総合事業対象者 認定日: 年 月 日 有効期間: 年 月 日 ~ 年 月 日								
病院主治医	(科)			在宅主治医	医療機関・主治医名 連絡先				
疾病の状態	主病名 副病名 主症状 合併症				手術	無・有(手術名: )			
	感染症: 無・有( ) アレルギー: 無・有( )				既往歴				
	服薬状況	服薬内容、退院時処方、退院後処方(薬剤名、薬剤の剤形・投与経路等)							
	今後の見通し	今後の病状、治療の見通し(進行する疾患であれば期間の予測等)、次回受診予定、通院頻度等							
	疾患についての説明内容	病院から患者・家族への説明内容/患者・家族の受け止め方/患者・家族の希望/家族の誰に説明をしたか							
リハビリ等	リハビリテーション(無・有)頻度: 回/週 / 運動制限(無・有)	担当: PT OT ST			リハビリ・運動制限の内容:				
特別な医療	酸素・吸引・気管切開・経管栄養・胃瘻・カテーテル(膀胱留置・導尿)・ストマ 褥瘡・点滴・中心静脈栄養・透析・疼痛管理・その他( )								
退院指導の状況	無 有 <内容>(誰に指導したか)			本人: 十分 不十分(問題点: )	理解度 家族: 十分 不十分(問題点: )				
	自立	見守り	一部介助	全介助	病棟での様子/在宅での留意点				
食形態	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	嚥下状態(良・不良) 咀嚼状況(良・不良) 箸・スプーン・自助具 普通・軟菜・刻み・ペースト・トロミ・ムース・ゼリー・経管栄養 摂取量( ) 制限(無・有) 制限内容(塩分・水分・その他( ))				
口腔清潔	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	義歯(無・有: 上・下・全部)				
移動	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	手引き・杖・歩行器・シルバーカー・車いす・ストレッチャー・装具・補装具・その他( )				
移乗	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
起居	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	起き上がり(可・不可) 座位保持(可・不可) 立ち上がり(可・不可) 立位保持(可・不可) 寝返り(可・不可)				
入浴(洗身)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	洗身(不可・行っていない) 入浴制限(無・有) (シャワー・清拭・その他( )) 最終入浴日( ) 入浴時の留意点: (血圧: mmHg・脈: 回/分)				
更衣	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	上着(可・不可) スポン(可・不可)				
排泄	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	トイレ・ポータブルトイレ・尿器・膀胱留置カテーテル・オムツ(常時・夜間のみ)・リハビリパンツ(常時・夜間のみ) 尿意・便意(無・有) 下剤使用(無・有) 浣腸・摘便(無・有) 最終排便日( )				
服薬管理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1回分配薬	1日分配薬	睡眠	良眠・時に不眠・不眠(時間) 睡眠剤使用(無・有)	
視力	普通・視力低下あり・眼鏡(無・有) 視野狭窄・視野欠損・全盲			聴力	普通・やや難聴・難聴・補聴器(無・有)				
言語	支障なし・はっきりしない・話せない			理解	支障なし・やや困難・できない				
認知・精神面	認知症高齢者の日常生活自立度(自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M) 認知症の原因疾患: 精神状態(疾患)(無・有( )) 徘徊 介護への抵抗 焦燥・不穏 攻撃性 意思疎通困難 幻視・幻聴 昼夜逆転 大声を出す 妄想 暴力								
運動機能	麻痺: なし・右上肢・左上肢・右下肢・左下肢・その他 / 拘縮: なし・肩関節・肘関節・股関節・膝関節・その他								
その他(ご本人の性格、望む暮らし、心身状況、生活環境、習慣、家族の支援状況、家族の介護力等)									
情報提供機関名				TEL					
面談日時	年 月 日 / 午前・午後 時 分 ~ 時 分			面談者(所属・氏名)					

【注】退院・退所加算の算定には、国の通知等に拠る算定条件を満たす必要があります。