

退院時情報収集書

ふりがな		性別	介護度
氏名		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
生年月日	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> S	年 月 日	歳
ふりがな		本人との関係	
キーパーソン			
連絡先	自宅		
	その他		
生活保護受給	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 担当CW:		

事業所名	
担当 ケアマネジャー	
電話番号	
FAX番号	

◆退院情報記録欄

面談日1回目 年 月 日() : ~ :	面談日2回目 年 月 日() : ~ :																
医療機関名:	医療機関名:																
情報提供者: 所属/職種/氏名	情報提供者: 所属/職種/氏名																
入院期間: 年 月 日 ~ 年 月 日 (予定)	入院期間: 年 月 日 ~ 年 月 日 (予定)																
主病名: 主症状:	主病名: 主症状:																
特別な医療: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	特別な医療: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無																
医療系サービス導入の必要性 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	医療系サービス導入の必要性 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無																
種類:	種類:																
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td rowspan="2" style="width: 10%;">食事</td> <td style="width: 30%;"><input type="checkbox"/>自立 <input type="checkbox"/>見守り <input type="checkbox"/>要介助</td> <td style="width: 30%;">嚥下: <input type="checkbox"/>良 <input type="checkbox"/>不良</td> <td style="width: 30%;"></td> </tr> <tr> <td>形態: <input type="checkbox"/>普通 <input type="checkbox"/>ペースト <input type="checkbox"/>刻み <input type="checkbox"/>ソフト食 <input type="checkbox"/>経管栄養</td> <td>制限: <input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無</td> <td><input type="checkbox"/>良 <input type="checkbox"/>不良</td> <td>制限: <input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無</td> </tr> </table>	食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 要介助	嚥下: <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良		形態: <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> ペースト <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> ソフト食 <input type="checkbox"/> 経管栄養	制限: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良	制限: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td rowspan="2" style="width: 10%;">食事</td> <td style="width: 30%;"><input type="checkbox"/>自立 <input type="checkbox"/>見守り <input type="checkbox"/>要介助</td> <td style="width: 30%;">嚥下: <input type="checkbox"/>良 <input type="checkbox"/>不良</td> <td style="width: 30%;"></td> </tr> <tr> <td>形態: <input type="checkbox"/>普通 <input type="checkbox"/>ペースト <input type="checkbox"/>刻み <input type="checkbox"/>ソフト食 <input type="checkbox"/>経管栄養</td> <td>制限: <input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無</td> <td><input type="checkbox"/>良 <input type="checkbox"/>不良</td> <td>制限: <input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無</td> </tr> </table>	食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 要介助	嚥下: <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良		形態: <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> ペースト <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> ソフト食 <input type="checkbox"/> 経管栄養	制限: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良	制限: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
食事		<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 要介助	嚥下: <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良														
	形態: <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> ペースト <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> ソフト食 <input type="checkbox"/> 経管栄養	制限: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良	制限: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無													
食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 要介助	嚥下: <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良															
	形態: <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> ペースト <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> ソフト食 <input type="checkbox"/> 経管栄養	制限: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良	制限: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無													
起上り <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 要介助	起上り <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 要介助																
移乗 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 要介助	移乗 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 要介助																
移動 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 要介助 <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	移動 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 要介助 <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																
入浴 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 要介助 最終入浴日:	入浴 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 要介助 最終入浴日:																
排泄 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 要介助: <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> PTイレ <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> リハパン (<input type="checkbox"/> 常時 <input type="checkbox"/> 夜間のみ)	排泄 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 要介助: <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> PTイレ <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> リハパン (<input type="checkbox"/> 常時 <input type="checkbox"/> 夜間のみ)																
口腔ケア <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 要介助 入歯: <input type="checkbox"/> 無 / <input type="checkbox"/> 有 薬 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 要介助 一包化: <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要	口腔ケア <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 要介助 入歯: <input type="checkbox"/> 無 / <input type="checkbox"/> 有 薬 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 要介助 一包化: <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要																
認知症状: <input type="checkbox"/> 無 / <input type="checkbox"/> 有	認知症状: <input type="checkbox"/> 無 / <input type="checkbox"/> 有																
精神薬処方: <input type="checkbox"/> 無 / <input type="checkbox"/> 有	精神薬処方: <input type="checkbox"/> 無 / <input type="checkbox"/> 有																
夜間の状態: <input type="checkbox"/> 良好 / <input type="checkbox"/> 問題有:	夜間の状態: <input type="checkbox"/> 良好 / <input type="checkbox"/> 問題有:																
療養上の留意事項(感染症、投薬、サービス利用時等の注意事項) リハビリテーション: <input type="checkbox"/> 無 / <input type="checkbox"/> 有 運動制限: <input type="checkbox"/> 無 / <input type="checkbox"/> 有 住宅改修: <input type="checkbox"/> 無 / <input type="checkbox"/> 有 福祉用具: <input type="checkbox"/> 無 / <input type="checkbox"/> 有	療養上の留意事項(感染症、投薬、サービス利用時等の注意事項) リハビリテーション: <input type="checkbox"/> 無 / <input type="checkbox"/> 有 運動制限: <input type="checkbox"/> 無 / <input type="checkbox"/> 有 住宅改修: <input type="checkbox"/> 無 / <input type="checkbox"/> 有 福祉用具: <input type="checkbox"/> 無 / <input type="checkbox"/> 有																

※裏面に(退院前)カンファレンスを貼付