

【退院時情報提供書（医療機関→ケアマネ）】

※本情報提供に関しては、ご本人・ご家族の承諾を得ています。
□宜しければ、最下欄の担当者まで折り返しご連絡ください。

(居宅・包括) 御担当者様 (記入日: 年 月 日)

【共通】 基本情報	フリガナ		性別	生年月日			年齢	
	氏名	様	☐ 男 ☐ 女	☐ T ☐ S ☐ H	年	月	日	歳
	住所							
	キーパーソン	様 () (TEL)						
	要介護度	☐ なし ☐ 申請中 ☐ 要支援 () ☐ 要介護 ()						

基礎疾患等	入院期間中の 主傷病・ 服薬状況等	入院期間	(年 月 日 ~ 年 月 日) (予定)		
		手術	☐ あり () ☐ なし		
		主病名			
		副病名			
		主症状			
		既往歴	☐		
		服薬状況	☐ あり () ☐ なし ☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助 (内服) ☐ 一包化 (外用) ☐ 貼付 ☐ 塗布 ☐ 点眼		

特記事項	感染症及び 投薬上の注意	感染症	☐ なし ☐ あり ()		
		投薬上の注意	※薬剤名、薬剤の剤形、投薬経路等		
	特別な医療	☐ 点滴の管理	☐ 中心静脈栄養	☐ 透析	
		☐ ストーマ（人工肛門）の処置	☐ 酸素療法	☐ 気管切開の処置	
☐ 疼痛管理		☐ 経管栄養	☐ 褥瘡の処置		
☐ カテーテル		☐ 喀痰吸引	☐ その他 ()		
医師からの本人・家族への病状 説明と受け止め					

入院中の 状況	屋内歩行	☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助	移動手段	☐ 杖 ☐ 歩行器 ☐ 車いす ☐ その他 ()
	屋外歩行	☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助	移動手段	☐ 杖 ☐ 歩行器 ☐ 車いす ☐ その他 ()
	入浴	☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助 ☐ 無	入浴制限	☐ シャワー ☐ 清拭 ☐ その他 ()
	排泄	☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助	☐ トイレ ☐ ポータブル ☐ おむつ ☐ カテーテル ☐ パウチ	
	福祉用具	☐ 車イス ☐ 歩行器 ☐ 特殊寝台 ☐ その他 ()		
	移乗	☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助		
	食事摂取	☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助	食事形態	(普通・軟菜・刻み・ペースト) ☐ 経管栄養
	食事制限	☐ なし ☐ あり (塩分・水分)	栄養指導	☐ 必要なし ☐ 必要あり
	夜間の状況	☐ 良眠 ☐ 不眠	状態	()
	BPSD	☐ なし ☐ 徘徊 ☐ 介護への抵抗 ☐ 焦燥・不穏 ☐ 攻撃性 ☐ 幻視・幻聴 ☐ 昼夜逆転 ☐ 大声を出す		
口腔ケア	☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助	訪問歯科診療	☐ なし ☐ あり (担当医:)	

リハビリ等	リハビリ	☐ なし ☐ あり (頻度:)	運動制限	☐ なし ☐ あり
	療養上の 注意事項	※リハビリ・運動制限の内容、導入予定のサービス等		

カンファレンス	実施状況	☐ なし ☐ あり 実施日 (H 年 月 日)			
	参加者	所属	職種	氏名	連絡先
		所属	職種	氏名	連絡先
		所属	職種	氏名	連絡先
		所属	職種	氏名	連絡先
		所属	職種	氏名	連絡先

医療機関名	担当者名		
所在地	(TEL)	(FAX)	