

1. 基本情報・現在の状況 等

記入日： 年 月 日

属性	フリガナ		性別	年齢	退院(所)時の要介護度(<input type="checkbox"/> 要区分変更)
	氏名		男・女	歳	<input type="checkbox"/> 要支援 () <input type="checkbox"/> 要介護 () <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> なし
入院概要	入院期間	入院(所)日： 年 月 日 退所(所)予定日： 年 月 日			
	入院原因疾患(入院目的等)				
	入院(入所)先	施設名			
	退院後の医療機関	医療機関名	方法	<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 訪問診療	
① 疾患と入院中の状況	現在治療中の疾患			疾患の状況	<input type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> 不安定 ()
	移動手段	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他 ()			
	排泄方法	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> カテーテル・パウチ ()			
	入浴方法	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> 一般浴 <input type="checkbox"/> 機械浴 <input type="checkbox"/> 行わず			
	食事形態	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> その他 ()			
	嚥下機能(むせ)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(時々・常に)	義歯	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(一部・全部)	
	<input type="checkbox"/> 口腔清潔	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良 <input type="checkbox"/> 著しく不良		入院(所)中の使用： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
	<input type="checkbox"/> 口腔ケア	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			
	睡眠	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良	眠剤使用	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
	認知・精神	<input type="checkbox"/> 認知機能低下 <input type="checkbox"/> せん妄 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 焦燥・不穏 <input type="checkbox"/> 攻撃性 <input type="checkbox"/> その他 ()			
② 受け止め・意向	病気、障害、後遺症等の受け止め方(病名告知： <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし)		退院後の生活に関する意向		
	<本人> <家族>		<本人> <家族>		

2. 課題認識のための情報

③ 退院後に必要な事柄	医療処置の内容	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(※以下チェック) <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 経腸栄養 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 尿道カテーテル <input type="checkbox"/> 尿路ストーマ <input type="checkbox"/> 痛みコントロール <input type="checkbox"/> 排便コントロール <input type="checkbox"/> 自己注射 () <input type="checkbox"/> その他 ()
	看護の視点	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(※以下チェック) <input type="checkbox"/> 血圧 <input type="checkbox"/> 水分制限 <input type="checkbox"/> 食事制限 <input type="checkbox"/> 食形態 <input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 口腔ケア <input type="checkbox"/> 清潔ケア <input type="checkbox"/> 血糖コントロール <input type="checkbox"/> 排泄 <input type="checkbox"/> 皮膚状態 <input type="checkbox"/> 睡眠 <input type="checkbox"/> 認知機能・精神面 <input type="checkbox"/> 服薬指導 <input type="checkbox"/> ターミナル <input type="checkbox"/> 療養上の指導(食事・水分・睡眠・清潔ケア・排泄などにおける指導) <input type="checkbox"/> その他 ()
	リハビリの視点	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(※以下チェック) <input type="checkbox"/> 本人指導 <input type="checkbox"/> 家族指導 <input type="checkbox"/> 関節可動域練習(ストレッチ含む) <input type="checkbox"/> 筋力増強練習 <input type="checkbox"/> バランス練習 <input type="checkbox"/> 麻痺・筋緊張改善練習 <input type="checkbox"/> 起居/立位等基本動作練習 <input type="checkbox"/> 摂食・嚥下訓練 <input type="checkbox"/> 言語訓練 <input type="checkbox"/> ADL練習(歩行/入浴/トイレ動作/移乗等) <input type="checkbox"/> IADL練習(買い物、調理等) <input type="checkbox"/> 疼痛管理(痛みコントロール) <input type="checkbox"/> 更生装具・福祉用具等管理 <input type="checkbox"/> 運動耐容能練習 <input type="checkbox"/> 地域活動支援 <input type="checkbox"/> 社会参加支援 <input type="checkbox"/> 就労支援 <input type="checkbox"/> その他 ()
	禁忌事項	禁忌 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 内容/留意点
症状・病状の予後・予測		
退院に際しての日常生活の阻害要因(心身状況・環境等)		
在宅復帰のために整えなければならない要件		