

## 退院支援シート(ケアマネジャー聞き取り用)

記入者: \_\_\_\_\_

氏名		生年月日	年 月 日	年齢	歳	性別	男・女
面談日時	年 月 日( )午後・午前 時 分～ 時 分			場所			
面談者				連絡先(所属名)			
入院理由(病名)							
退院予定日	年 月 日頃						
①病院から本人、家族への「病状の説明内容」 ②「本人・家族の受け止め方」 ③「患者・家族の今後の希望」など							
今後の治療方針等	治療方針、受診計画、訪問看護への支持内容等						
在宅主治医							
次回受診	不要・在宅医へ・本院へ(受診科名: ) 年 月 日( ) 時 分						
薬物治療	<u>なし・あり</u> (内容⇒ )						
リハビリ	<u>なし・あり</u> (内容⇒ )						
医療処置	<u>なし・あり</u> (内容⇒ ) ①内容:バルンカテーテル・ストマ・インシュリン・喀痰吸引・胃ろう・じょく瘡・その他 ②方法(誰が行う):訪問看護・家族(具体的には? )						
生活上制限	<u>なし・あり</u> (内容⇒ )						
ADL	自立	見守り	介助	一部介助	全介助	病棟での様子	
移動方法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	車椅子・杖使用・歩行器使用・装具、補助具使用	
移乗方法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
食事	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	普通食・治療食( kcal・糖尿病食・高血圧食・腎臓病食・その他)経管栄養	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	主食:米飯・全かゆ・ミキサー (平均摂取量 割程度)	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	副食:通常・一口大・きざみ・ミキサー(とろみ付け:無・有)(平均摂取量 割程度)	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	水分摂取:1日 ml(制限:無・有(1日 ml)) とろみ剤使用:無・有	
更衣	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
口腔清潔	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
入浴	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	入浴制限:無・有(シャワー浴・清拭・その他( ))	
排泄	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	場所:トイレ・ポータブル・尿器・オムツ	
服薬管理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
理解力	問題なし・丁寧な説明必要・契約等困難						
療養上の問題	無・有(幻視・幻聴・興奮・不安・妄想・暴力・介護への抵抗・昼夜逆転・徘徊・危険行為・不潔行為・意思疎通困難その他( ))						
経済状況	年金・生活保護・その他( ) 金銭管理:本人・その他( )						
世帯構成	独居・高齢夫婦世帯・その他( )						
介護力	主介護者: 主介護者以外の支援者:						
家族の思い							
その他							