

【 退院に向けてのききとりシート 】

聞きとり日	回数	情報提供者名・職種				
年 月 日	回目	<input type="checkbox"/> 医師 ( )	<input type="checkbox"/> 看護師 ( )	<input type="checkbox"/> リハ職 ( )	<input type="checkbox"/> MSW ( )	<input type="checkbox"/> ( ) ( )
年 月 日	回目	<input type="checkbox"/> 医師 ( )	<input type="checkbox"/> 看護師 ( )	<input type="checkbox"/> リハ職 ( )	<input type="checkbox"/> MSW ( )	<input type="checkbox"/> ( ) ( )

1. 基本情報・現在の状態

属性	フリガナ	性別	年齢	退院時の要介護度	
	氏名	様 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	歳	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 要支援( ) <input type="checkbox"/> 要介護( )	
入院歴等	入退院日	(入院日) 年 月 日		(退院予定日) 年 月 日	
	入院原因疾患				
	入院先	(病院) (病棟) (階) (号室)			
		主治医	(診療科) 科	(医師名)	
退院後通院先	<input type="checkbox"/> 入院していた医療機関 <input type="checkbox"/> 入院先以外の病院 <input type="checkbox"/> 診療所 <input type="checkbox"/> 通院の予定なし				
疾病等	既往歴	現疾患			
	移動 (移動手段)	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他			<特記事項>
入浴 (入浴方法)	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 行っていない <input type="checkbox"/> 機械浴 <input type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> 一般浴				
排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> カテーテル <input type="checkbox"/> パウチ				
移乗	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助				
食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助				
(食事形態)	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> ( ) <input type="checkbox"/> 経管栄養				
看護に関する留意点	退院後必要な医療処置と留意事項	(処置内容)		(在宅で継続できる条件)	
	健康面で注意すべき項目と留意事項	(留意すべき項目)		(プランに位置付ける注意点)	
	退院後の看護の必要性	<input type="checkbox"/> 非常に必要 <input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> あまり必要ではない <input type="checkbox"/> 必要なし (必要な内容) ※非常に必要～必要な場合に以下をチェック <input type="checkbox"/> 本人への療養指導 <input type="checkbox"/> 家族指導 <input type="checkbox"/> バイタルサインのチェック <input type="checkbox"/> 医療処置への対応 <input type="checkbox"/> その他 ( )			
薬に関する留意点	退院時の処方内容と留意事項	(薬の名称)	(効能)	(用法・用量)	(留意すべき内容)
	服薬の状況と留意事項	(服薬の管理)	(介助の有無)	(薬剤効用と飲み方の理解)	(プランに位置づける注意点)
	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> できない <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> なし				
<特記事項>					

2. 課題認識のための情報

リハビリに関する留意点	ADL の状況	(入院前自立度)	(退院時自立度)	(改善可能性)	(改善のために取り組むこと)
	(屋内移動)	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 要介助	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 要介助	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> ややあり <input type="checkbox"/> なし	
	(屋外移動)	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 要介助	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 要介助	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> ややあり <input type="checkbox"/> なし	
	(移乗)	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 要介助	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 要介助	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> ややあり <input type="checkbox"/> なし	
	(入浴)	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 要介助	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 要介助	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> ややあり <input type="checkbox"/> なし	
	(更衣)	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 要介助	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 要介助	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> ややあり <input type="checkbox"/> なし	
	(トイレ動作)	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 要介助	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 要介助	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> ややあり <input type="checkbox"/> なし	
	(食事摂取)	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 要介助	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 要介助	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> ややあり <input type="checkbox"/> なし	
転倒リスク	(リスクの有無)		(リスク軽減のための対策／自宅の環境をふまえた留意点)		
	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし				
禁忌事項	(禁忌の有無)		(禁忌の内容／留意点)		
	運動	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			
	肢位	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			
退院後のリハビリの必要性	<input type="checkbox"/> 非常に必要 <input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> あまり必要ではない <input type="checkbox"/> 必要なし (必要な内容) ※非常に必要～必要な場合に以下をチェック <input type="checkbox"/> 本人指導 <input type="checkbox"/> 家族指導 <input type="checkbox"/> 関節可動域訓練 <input type="checkbox"/> 筋力増強訓練 <input type="checkbox"/> 筋緊張緩和(ストレッチ) <input type="checkbox"/> バランス練習 <input type="checkbox"/> 起居／立位動作練習 <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"/> その他 ( )				
退院後の生活に関する留意点	本人の受け止め方	(病気)	(障害・後遺症)	(病名告知)	
				<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
	退院後の主治医	(医療機関名) _____		(医師名) _____	
備考					

3. 備考