

退院・退所情報記録書

情報提供元の医療機関・施設名 電話番号			
面談日 平成 年 月 日 所属(職種)	面談日 平成 年 月 日 所属(所属)		

ふりがな 利用者氏名 : (男・女)			
生年月日 : (明・大・昭) 年 月 日 (歳)			
入院期間 : 入院日 年 月 日 ~ 退院(予定)日 年 月 日			
・手術 : 有(手術名)・無			

要介護度	未申請・区分変更中・新規申請中・非該当 要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5 認定年月日 年 月 日 有効期間 年 月 日 ~ 年 月 日
------	--

	入院・入所中の状況	(特記事項)
疾病の状態	主病名 副病名 主症状 既往歴 服薬状況 無・有 (内服 : 介助されていない・一部介助・全介助)	(感染症、投薬の注意事項(薬剤名、 薬剤の剤形、投与経路等)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()	(導入予定の医療系サービス等)
食事摂取	介助されていない・見守り等・一部介助・全介助 嚥下状況(良・不良) 咀嚼(良・不良) (ペースト・刻み・ソフト食・普通 / 経管栄養) ・制限 無・有(塩分・水分・その他())	(制限の内容等)
口腔ケア	介助されていない・一部介助・全介助	
移動	介助されていない・見守り等・一部介助・全介助 (見守り・手引き・杖・歩行器・ シルバーカー・車イス・ストレッチャー)	(独自の方法・転倒危険・住宅改修 の必要性等)
洗身	介助されていない・一部介助・全介助・不可・行っていない ・入浴の制限 無・有(シャワー・清拭・その他)	
排泄	介助されていない・見守り等・一部介助・全介助 オムツ・リハビリパンツ(常時・夜間のみ)	(留置カテーテル等)
夜間の状況	良眠・不眠(状態:)	
認知・精神面	・認知高齢者の日常生活自立度 () ・精神状態(疾患) 無・有 ()	(認知症の原因疾患等)
リハビリ等	・リハビリテーション 無・有(頻度:) ・運動制限 無・有	(リハビリ・運動制限の内容、導入予 定のサービス等)
療養上の留意する事項		

※診療報酬の退院時共同連携指導料2の注3の対象となる会議(カンファレンス)に参加した場合は、本様式ではなく、当該会議(カンファレンス)の日時、開催場所、出席者、内容の要点等について居宅サービス計画等に記録すること。