

【 退院に向けてのききとりシート 】

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) H___年___月___日		(退院予定日) H___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	
入院中の状態	移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 (移動手段) <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他			
	入浴	<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(入浴方法) <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 (排泄方法) <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・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			

刻み食やとろみ食など記入します。

2. 課題認識のための情報

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) <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> インスリン <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> 褥瘡処置 <input type="checkbox"/> 痛みコントロール <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 排便コントロール <input type="checkbox"/> カテーテル・パウチ () <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> なし	(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) <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"/> 血糖コントロール <input type="checkbox"/> 排泄 <input type="checkbox"/> 睡眠 <input type="checkbox"/> 認知機能・精神面 <input type="checkbox"/> 服薬管理 <input type="checkbox"/> 入浴制限 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> なし	(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"/> できない	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		

左欄でチェックした項目が退院した後どうなるのかを考えて記入します。

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 ()				
本人の受け止め方	(病気)	(障害・後遺症)	(病名告知)		
	告知の必要な疾患や、障害や後遺症などのご本人の受け止め方を記入します。				<input type="checkbox"/> なし
退院後の主治医	(医療機関名) _____	(医師名) _____			
備考	覚書きなどを記入して下さい。 職種にチェックし () には、名前を記入します。				

聞きとり日	回数	情報提供者名・職種				
H__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"/> () ()
H__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"/> () ()