

【 退院に向けてのききとりシート 】 記入例

1. 基本情報・現在の状態

| | | | | | | |
|--------|--------|---|-------|--|---------|---|
| 属性 | フリガナ | シガ ハナコ | | 性別 | 年齢 | 退院時の要介護度 |
| | 氏名 | 滋賀 花子 様 | | <input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女 | 84歳 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 要支援() <input checked="" type="checkbox"/> 要介護(2) |
| 入院歴等 | 入退院日 | (入院日) H 26年 6月 10日 | | (退院予定日) H 26年 8月 末日頃 | | |
| | 入院原因疾患 | 右大腿骨頸部骨折 | | | | |
| | 入院先 | △△△△病院 ○○病棟 5階 501号室 | | | | |
| | | 主治医 | (診療科) | 整形外科 | (医師名) | 彦根 一郎 |
| | 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 checked="" type="checkbox"/> 診療所 <input type="checkbox"/> 通院の予定なし | | | | |
| 疾病等 | 既往歴 | 高血圧、糖尿病、脳梗塞 | | 現疾患 | 大腿骨頸部骨折 | |
| 入院中の状態 | 移動 | <input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 (移動手段) <input type="checkbox"/> 杖 <input checked="" type="checkbox"/> 歩行器 <input checked="" type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他 | | | | |
| | 入浴 | <input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> 一般浴 | | | | |
| | 排泄 | <input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 (排泄方法) <input checked="" type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input checked="" type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> カテーテル・パウチ () | | | | |
| | 移乗 | <input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 | | | | |
| | 食事 | <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> (一口大刻み) <input type="checkbox"/> 経管栄養 | | | | |

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) | | (在宅で継続できる条件) | |
| | | <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 checked="" 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 | | 内服で調整 | |
| | 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) | |
| | | <input checked="" type="checkbox"/> 血圧 <input type="checkbox"/> 水分制限 <input checked="" type="checkbox"/> 食事制限 <input checked="" type="checkbox"/> 食形態 <input checked="" type="checkbox"/> 嚥下 <input checked="" type="checkbox"/> 口腔ケア <input checked="" type="checkbox"/> 血糖コントロール <input checked="" type="checkbox"/> 排泄 <input type="checkbox"/> 睡眠 <input checked="" type="checkbox"/> 認知機能・精神面 <input checked="" 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 | | <ul style="list-style-type: none"> ・毎日血圧測定 ・摂取カロリー1300kcal・一口大 ・むせ注意 ・血糖コントロール (月1回通院時の血糖測定と内服でコントロール可) ・口腔ケア…口腔内の食べ残し →誤嚥性肺炎のリスクあり ・尿の回数と量の確認 →水分の促し (1200cc/日) ・手術前後せん妄あり (認知機能) | |
| | 退院後の看護の必要性 | <input type="checkbox"/> 非常に必要 <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 本人への療養指導 <input type="checkbox"/> 家族指導 <input checked="" type="checkbox"/> バイタルサインのチェック <input checked="" type="checkbox"/> 医療処置への対応 <input checked="" type="checkbox"/> その他 (血圧、食事、むせ、排便・排泄コントロール) | | | |
| 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) |
| | | 0000 | 降圧剤 | 朝一錠 | 薬剤情報 参照 |
| | 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 checked="" type="checkbox"/> できない | <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし | 自己管理の可否の確認 → 一包化 おくすりカレンダーの活用? 訪問看護のサービス導入? |

| | | | | | |
|--------------|---|--|--|--|--|
| 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 checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 要介助 | <input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 要介助 | <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> ややあり <input type="checkbox"/> なし | リハビリ中 見守り下での歩行器歩行 10m 可 ↓ リハビリの継続必要か？ (通所リハ?) 自宅での動作確認必要!! →退院前の同行訪問依頼する |
| | (屋外移動) | <input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 要介助 | <input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 要介助 | <input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> ややあり <input type="checkbox"/> なし | |
| | (移乗) | <input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 要介助 | <input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 要介助 | <input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> ややあり <input type="checkbox"/> なし | |
| | (入浴) | <input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 要介助 | <input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 要介助 | <input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> ややあり <input type="checkbox"/> なし | |
| | (更衣) | <input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 要介助 | <input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 要介助 | <input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> ややあり <input type="checkbox"/> なし | |
| | (トイレ動作) | <input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 要介助 | <input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 要介助 | <input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> ややあり <input type="checkbox"/> なし | |
| | (食事摂取) | <input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 要介助 | <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | ・筋力 UP 体力 UP 体幹バランス UP、注意散漫、危険予測 ・段差 15cm の昇降あり、上がり框 30cm (手すりなし)、玄関前階段 (5 段) | | | |
| 禁忌事項 | (禁忌の有無) | (禁忌の内容/留意点) | | | |
| | 運動 | <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | 全荷重可 またぎの動作注意 | | |
| | 肢位 | <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | 脱臼、屈曲、内転、内旋 床の物を取る動作注意! 足が内側に入る姿勢をしない! (横座り、お姉さん座り) | | |
| 退院後のリハビリの必要性 | <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 本人指導 <input checked="" type="checkbox"/> 家族指導 <input checked="" type="checkbox"/> 関節可動域訓練 <input checked="" type="checkbox"/> 筋力増強訓練 <input checked="" type="checkbox"/> 筋緊張緩和(ストレッチ) <input checked="" type="checkbox"/> バランス練習 <input checked="" type="checkbox"/> 起居/立位動作練習 <input checked="" type="checkbox"/> 摂食・嚥下訓練 <input type="checkbox"/> 言語訓練 <input checked="" type="checkbox"/> ADL 練習 (歩行/入浴/トイレ動作/移乗等) <input checked="" 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) | |
| | ・手術してだいぶ良くなったが、歩くことやまた転ばないか心配 ・前より歩けなくなった | 痛みやふらつきもある | | <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | |
| 退院後の主治医 | (医療機関名) <u>〇〇医院</u> (医師名) <u>大津 太郎</u> | | | | |
| 備考 | 1 か月後 △△病院整形外科受診予定 | | | | |

| | | | | | | |
|--------------------------------------|-------------|------------------------------------|--|--|--|-------------------------------------|
| 聞きとり日 | 回数 | 情報提供者名・職種 | | | | |
| H <u>26</u> 年 <u>7</u> 月 <u>20</u> 日 | <u>1</u> 回目 | <input type="checkbox"/> 医師 () | <input checked="" type="checkbox"/> 看護師 (<u>〇〇〇〇</u>) | <input checked="" type="checkbox"/> リハ職 (<u>△△△△</u>) | <input checked="" type="checkbox"/> MSW (<u>◇◇◇◇</u>) | <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"/> () () |