



【 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			

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 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			
	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 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			
	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		

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					

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"/> () ()