

# 千葉県地域生活連携シート（退院時）

**B表**

記入日 年 月 日

病院・診療所名	
担当部署・担当者名	
電話番号	



事業所（施設）名	
担当者名	
電話番号	

○ケアマネジャー記入欄

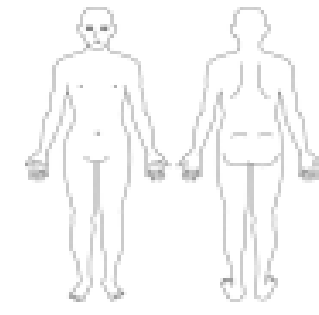
回目	聞き取り日	情報提供を受けた職種（氏名）	会議出席
1	年 月 日		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
2	年 月 日		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
3	年 月 日		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無

以下の情報は、利用者本人及び家族の同意を得ています。

ふりがな 氏名	-----	生年月日	明 大 昭 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	年 月 日	年齢	歳	性別	男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/>
住 所	〒		TEL（自宅）		職 業			
			TEL（携帯）					
住 環 境	<input type="checkbox"/> 戸建 <input type="checkbox"/> 集合住宅（階 エレベーター <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有） <input type="checkbox"/> 施設等（）							
緊急時連絡先	氏 名	続 柄	住 所		電 話 番 号			
家族構成図		年金等の種類	<input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> その他					
◎:本人 □:男性 ○:女性 ●:死亡 主:主介護者 副:副介護者 ☆:キーパーソン		介護保険自己負担割合	割 <input type="checkbox"/> 不明		経済的支援	<input type="checkbox"/> 要 医療保険 <input type="checkbox"/> 未加入		
		障害等認定	<input type="checkbox"/> 身障（） <input type="checkbox"/> 精神（） <input type="checkbox"/> 療育 <input type="checkbox"/> 特定疾患（）					
		生活歴（これまでの職業、家庭生活、趣味、習慣など）						
<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 日中独居 <input type="checkbox"/> 子と同居 <input type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> その他								
家族の介護力及び特記事項								

要介護度	<input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 区分変更中 <input type="checkbox"/> 未申請	有効期限（年 月 日 ~ 年 月 日）
	<input type="checkbox"/> 事業対象者 要支援 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 要介護 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	
障害高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2	<input type="checkbox"/> 医師等の判断
認知症高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> ケアマネジャー等の判断

入院期間	年 月 日 ~ 年 月 日 予定		手術	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
現在治療中の疾患	①	②	③	
	<input type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> 不安定	<input type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> 不安定	<input type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> 不安定	
入院の経緯・原因となった病名等				
傷病の経過及び治療経過				
本人、家族への退院前指導の内容	在宅医療措置： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（裏面参照） 説明を聞いた相手： <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他（）			
療養・生活に関する受け止め方・意向等	本 人	家 族		
	リビングウィル等の意思表示 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 確認相手 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他（） 確認日 年 月 日 連絡先 氏名： 電話番号：			
感染症	<input type="checkbox"/> HBV <input type="checkbox"/> HCV <input type="checkbox"/> MRSA： <input type="checkbox"/> 保菌 <input type="checkbox"/> 発症（部位： <input type="checkbox"/> 痰 <input type="checkbox"/> 血痰 <input type="checkbox"/> 尿 <input type="checkbox"/> 創部） <input type="checkbox"/> その他（）			

	自立	見守り	一部介助	全介助	病棟での様子								
移動方法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	手引き <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> シルバーカー <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
移乗	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									
更衣	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									
起居動作	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									
整容	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									
口腔ケア	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	口腔清潔	<input type="checkbox"/>	良 <input type="checkbox"/>	不良 <input type="checkbox"/>	著しく不良 <input type="checkbox"/>	口臭	<input type="checkbox"/>	無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/>
					義歯	上顎 <input type="checkbox"/>	無 <input type="checkbox"/>	有 ( <input type="checkbox"/> 使用 <input type="checkbox"/> 未使用 )	下顎 <input type="checkbox"/>	無 <input type="checkbox"/>	有 ( <input type="checkbox"/> 使用 <input type="checkbox"/> 未使用 )		
					嚥下状態(むせ)	<input type="checkbox"/>	無 <input type="checkbox"/>	有 ( <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> 常に )	咀嚼状況	<input type="checkbox"/>	良 <input type="checkbox"/>	不良 <input type="checkbox"/>	
食事	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	食形態	<input type="checkbox"/> 普通 嚥下食 ( <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> ソフト食 <input type="checkbox"/> ペースト食 <input type="checkbox"/> ところみ )							
					制限	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( <input type="checkbox"/> 塩分 <input type="checkbox"/> 水分 <input type="checkbox"/> その他 ( ) )							
					食事回数	回/日(朝 時頃 昼 時頃 夜 時頃)			UDFの食形態				
入浴	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	入浴の制限	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( <input type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> 清拭 <input type="checkbox"/> その他 ( ) )							
排泄	排尿	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	排尿能力	<input type="checkbox"/> 自排尿 <input type="checkbox"/> 間欠導尿 <input type="checkbox"/> 留置カテーテル		排便習慣	回/ ( <input type="checkbox"/> 日・ <input type="checkbox"/> 週 )				
	排便	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	日中	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> リハビリパンツ <input type="checkbox"/> その他 ( )		夜間	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> リハビリパンツ <input type="checkbox"/> その他 ( )				
服薬管理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	処方薬	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( <input type="checkbox"/> 別紙参照 )		<input type="checkbox"/> 一包化 <input type="checkbox"/> 粉碎 <input type="checkbox"/> 簡易懸濁法					
					薬剤管理	<input type="checkbox"/> 自己管理 <input type="checkbox"/> 他者管理		眠剤の使用	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		睡眠の状態	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良	
					服薬状況	<input type="checkbox"/> 処方通り服用 <input type="checkbox"/> 時々飲み忘れ <input type="checkbox"/> 飲み忘れが多い、処方が守られていない <input type="checkbox"/> 服薬拒否							
麻痺	状態 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度				 <p>※麻痺や褥瘡等の位置</p>								
褥瘡	部位 <input type="checkbox"/> 左上肢 <input type="checkbox"/> 右上肢 <input type="checkbox"/> 左下肢 <input type="checkbox"/> 右下肢												
皮膚疾患	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (部位: )												
視力	<input type="checkbox"/> 日常生活に支障なし <input type="checkbox"/> はっきり見えない <input type="checkbox"/> ほとんど見えない <input type="checkbox"/> 判断不能											眼鏡使用 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
聴力	<input type="checkbox"/> 日常生活に支障なし <input type="checkbox"/> はっきり聞こえない <input type="checkbox"/> ほとんど聞こえない <input type="checkbox"/> 判断不能											補聴器使用 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
言葉	<input type="checkbox"/> 話せない <input type="checkbox"/> 話せる (程度: )												
意思伝達	<input type="checkbox"/> できない <input type="checkbox"/> できる (伝達方法: )												
短期記憶	<input type="checkbox"/> 問題あり <input type="checkbox"/> 問題なし ( <input type="checkbox"/> 前日の夕食のメニューが答えられる → → <input type="checkbox"/> 再度確認しても同じ答え )												
行動・精神症状等	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有				<input type="checkbox"/> 幻覚・妄想 <input type="checkbox"/> 昼間寝ていることが多い <input type="checkbox"/> 夜間不眠・不穏 <input type="checkbox"/> 意欲の低下 <input type="checkbox"/> 暴言・暴力 <input type="checkbox"/> 同じ事を何度も聞く <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> その他 ( )								

退院後必要な事柄	診療形態等	<input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 訪問診療 <input type="checkbox"/> 訪問看護 病状悪化等緊急時の連絡先: 紹介先医療機関等:										
	医療	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 経鼻栄養 <input type="checkbox"/> 経腸栄養 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 尿道カテーテル <input type="checkbox"/> 尿路ストーマ <input type="checkbox"/> 消化管ストーマ <input type="checkbox"/> 痛みコントロール <input type="checkbox"/> 排便コントロール <input type="checkbox"/> 自己注射 ( ) <input type="checkbox"/> その他 ( )										
	看護	<input type="checkbox"/> なし <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"/> 清潔ケア <input type="checkbox"/> 血糖コントロール <input type="checkbox"/> 排泄 <input type="checkbox"/> 皮膚状態 <input type="checkbox"/> 睡眠 <input type="checkbox"/> 認知機能・精神面 <input type="checkbox"/> 服薬指導 <input type="checkbox"/> 療養上の指導 ( ) <input type="checkbox"/> ターミナル <input type="checkbox"/> その他 ( )										
	リハビリ(目標や内容等)	生活目標									運動制限	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )
	必要内容	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 本人指導 <input type="checkbox"/> 家族指導 <input type="checkbox"/> 関節可動域練習 <input type="checkbox"/> 筋力増強練習 <input type="checkbox"/> バランス練習 <input type="checkbox"/> 麻痺・筋緊張改善練習 <input type="checkbox"/> 起居/立位等基本動作練習 <input type="checkbox"/> 摂食・嚥下訓練 <input type="checkbox"/> 言語訓練 <input type="checkbox"/> ADL練習 <input type="checkbox"/> IADL練習 <input type="checkbox"/> 疼痛管理 <input type="checkbox"/> 更生装具・福祉用具等管理 <input type="checkbox"/> 運動耐容能練習 <input type="checkbox"/> 地域活動支援 <input type="checkbox"/> 社会参加支援 <input type="checkbox"/> 就労支援 <input type="checkbox"/> その他 ( )										
	禁忌事項	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	内容・留意点									症状・病状の予後・予測
介護サービス	訪問	<input type="checkbox"/> 介護 ( / 週 ) <input type="checkbox"/> 入浴 ( / 週 ) <input type="checkbox"/> リハビリ ( / 週 ) <input type="checkbox"/> 看護 ( / 週 )										
	通所	<input type="checkbox"/> 介護 ( / 週 ) <input type="checkbox"/> リハビリ ( / 週 )										
	短期入所	<input type="checkbox"/> 生活介護 ( ) <input type="checkbox"/> 療養介護 ( )										
	福祉用具	<input type="checkbox"/> 福祉用具貸与 ( ) <input type="checkbox"/> 特定福祉用具販売 ( )										
	その他											
その他(退院後の生活で注意すべき点、在宅復帰のために整えなければならない要件等)												