

# 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								

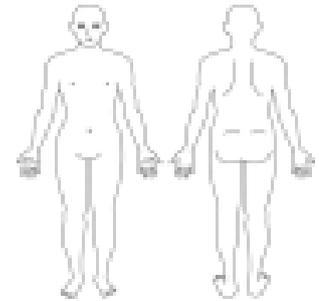
要介護度	<input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 区分変更中 <input type="checkbox"/> 未申請	有効期限（年 月 日 ~ 年 月 日）
	<input type="checkbox"/> 事業対象者 要支援 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 要介護 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> 不安定	② <input type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> 不安定	③ <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（ ）		

利用者氏名

記入日： 年 月 日

	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"/>	<input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/>				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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 )					
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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"/>	<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 <input type="checkbox"/>	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"/> とろみ )										
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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 ( ) )										
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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 <input type="checkbox"/>	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"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/> 簡易懸濁法						
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	薬剤管理	<input type="checkbox"/>	自己管理 <input type="checkbox"/>	他者管理 <input type="checkbox"/>	眠剤の使用	<input type="checkbox"/>	無 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/>	睡眠の状態	<input type="checkbox"/>	良 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	不良 <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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"/>	<input type="checkbox"/> 飲み忘れが多い、処方が守られていない			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 服薬拒否					
麻痺	状態	<input type="checkbox"/>	無 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	軽度 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	中度 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	重度 <input type="checkbox"/>									
	部位	<input type="checkbox"/>	左上肢 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	右上肢 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	左下肢 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	右下肢 <input type="checkbox"/>									
褥瘡	<input type="checkbox"/>	無 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	有 ( 部位: )														
皮膚疾患	<input type="checkbox"/>	無 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	有 ( 部位: )														
視力	<input type="checkbox"/>	日常生活に支障なし <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	はっきり見えない <input type="checkbox"/>	眼鏡使用	<input type="checkbox"/>	無 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/>									
	<input type="checkbox"/>	ほとんど見えない <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	判断不能 <input type="checkbox"/>														
聴力	<input type="checkbox"/>	日常生活に支障なし <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	はっきり聞こえない <input type="checkbox"/>	補聴器使用	<input type="checkbox"/>	無 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/>									
	<input type="checkbox"/>	ほとんど聞こえない <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	判断不能 <input type="checkbox"/>														
言葉	<input type="checkbox"/>	話せない <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	話せる ( 程度: )														
意思伝達	<input type="checkbox"/>	できない <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	できる ( 伝達方法: )														
短期記憶	<input type="checkbox"/>	問題あり <input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	有	<input type="checkbox"/>	幻覚・妄想 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	昼間寝ていることが多い <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	夜間不眠・不穏 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	意欲の低下 <input type="checkbox"/>						
	<input type="checkbox"/>	無 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	有	<input type="checkbox"/>	暴言・暴力 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	同じ事を何度も聞く <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	徘徊 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	その他 ( ) <input type="checkbox"/>						



※麻痺や褥瘡等の位置

退院後必要な事柄	診療形態等	<input type="checkbox"/>	外来 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	訪問診療 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	訪問看護 <input type="checkbox"/>	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"/>	<input type="checkbox"/>	点滴 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	酸素療法 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	略痰吸引 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	気管切開 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	胃ろう <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	経鼻栄養 <input type="checkbox"/>	
	看護	<input type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	血圧 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	水分制限 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	食事制限 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	食形態 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	嚥下 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	口腔ケア <input type="checkbox"/>	
	生活目標	<input type="checkbox"/>	無 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	有	運動制限	<input type="checkbox"/>	無 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	有 ( ) <input type="checkbox"/>						
	リハビリ(目標や内容等)	必要な内容	<input type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	本人指導 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	家族指導 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	関節可動域練習 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	筋力増強練習 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	バランス練習 <input type="checkbox"/>		
	禁忌事項	<input type="checkbox"/>	無 <input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	入浴 ( / 週 ) <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	リハビリ ( / 週 ) <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	看護 ( / 週 ) <input type="checkbox"/>							
	通所	<input type="checkbox"/>	介護 ( / 週 ) <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	リハビリ ( / 週 ) <input type="checkbox"/>											
	短期入所	<input type="checkbox"/>	生活介護 ( ) <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	療養介護 ( ) <input type="checkbox"/>											
	福祉用具	<input type="checkbox"/>	福祉用具貸与 ( ) <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	特定福祉用具販売 ( ) <input type="checkbox"/>											
	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)																