

指定居宅介護支援事業所向け診療情報提供書（退院時）

年 月 日

情報提供先事業所
担当 殿



医療機関の所在地及び名称
電話番号
FAX番号
医師氏名 印

患者氏名	(ふりがな)	男 ・ 女	〒 連絡先 ()
	生年月日:西暦 年 月 日 (歳)		

1. 患者の病状、経過等

(1)診断名（生活機能低下の直接の原因となっている傷病名又は特定疾病については1.に記入）及び発症年月日			
1	発症年月日（西暦 年 月 日頃）		
2	発症年月日（西暦 年 月 日頃）		
3	発症年月日（西暦 年 月 日頃）		
(2)生活機能低下の直接の原因となっている傷病又は特定疾病の経過及び治療内容			
(3)病状等の説明内容と患者の希望			
(4)日常生活の自立度等について			
障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度) <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			
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			
(5)栄養・口腔に関する情報			
<input type="checkbox"/> 下記参照 <input type="checkbox"/> 別紙様式50等参照			
摂食方法 <input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 静脈栄養		食物アレルギー <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	
摂食嚥下機能障害 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		水分とろみ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> 薄い・ <input type="checkbox"/> 中間・ <input type="checkbox"/> 濃い)	
食形態 <input type="checkbox"/> 主食 <input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 軟飯 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> その他 ()		副食 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 軟菜 <input type="checkbox"/> その他 ()	
義歯使用 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> 部分 ・ <input type="checkbox"/> 総)		左右両方の奥歯でしっかりかみしめられる： <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない	
歯の汚れ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		歯肉の腫れ、出血： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
在宅生活における留意点：			
(6)服薬に関する情報			
内服薬 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (入院後の内服薬変更： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり)		一包化の必要性： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
服薬介助： <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 (介助内容：)		<input type="checkbox"/> 全介助	
退院時処方： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (退院日含め 日分)		服薬アレルギー： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	
在宅生活における留意点：			
(7)療養上の工夫点（医療上の留意点、安全の配慮等）			
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり			
→工夫点（例：ご本人の見えない位置にカテーテルを固定した等）：			
(8)入院期間			
入院日： 年 月 日		退院日： 年 月 日	

2. 退院後のサービスの必要性

<input type="checkbox"/> 訪問診療	<input type="checkbox"/> 訪問看護（特別指示書： <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし）	<input type="checkbox"/> 訪問歯科診療	<input type="checkbox"/> 訪問薬剤管理指導
<input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション	<input type="checkbox"/> 訪問歯科衛生指導	<input type="checkbox"/> 訪問栄養食事指導	
<input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション	<input type="checkbox"/> 短期入所療養介護	<input type="checkbox"/> その他の医療系サービス（	）

3. 介護サービスを利用する上での留意点、介護方法等

(1)ADLに関する入院中の変化					
<input type="checkbox"/> あり（同封の書類をご確認ください）		<input type="checkbox"/> なし			
(2)自助具の使用					
<input type="checkbox"/> なし		<input type="checkbox"/> あり（			
(3) 現在あるかまたは今後発生の可能性の高い生活機能の低下とその対処方針					
<input type="checkbox"/> 尿失禁	<input type="checkbox"/> 転倒・骨折	<input type="checkbox"/> 移動能力の低下	<input type="checkbox"/> 褥瘡	<input type="checkbox"/> 心肺機能の低下	<input type="checkbox"/> 閉じこもり
<input type="checkbox"/> 意欲低下	<input type="checkbox"/> 徘徊	<input type="checkbox"/> 低栄養	<input type="checkbox"/> 摂食・嚥下機能低下	<input type="checkbox"/> 脱水	<input type="checkbox"/> 易感染性
<input type="checkbox"/> がん等による疼痛		<input type="checkbox"/> その他（			
→ 対処方針（		）			
(4)サービス提供時における医学的観点からの留意事項とその対処方針					
<input type="checkbox"/> 起居動作	<input type="checkbox"/> 移動	<input type="checkbox"/> 運動	<input type="checkbox"/> 排泄	<input type="checkbox"/> 睡眠	<input type="checkbox"/> 入浴
<input type="checkbox"/> 摂食	<input type="checkbox"/> 嚥下	<input type="checkbox"/> 血圧	<input type="checkbox"/> その他（		
→ 対処方針（		）			

4. 患者の日常生活上の留意事項・社会生活面の課題と地域社会において必要な支援等

(1) 利用者の日常生活上の留意事項	
(2)社会生活面の課題と地域社会において必要な支援	
社会生活面の課題 <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> あり（	
→ 必要な支援（	
(3) 特記事項	

5. 人生の最終段階における医療・ケアに関する情報

※本人の意思は変わりうるものであり、本記載が最新の意向を反映しているとは限らないため、常に最新の意向の確認が必要であることについて十分に留意すること

(1)意向の話し合い	
：□本人・家族等との話し合いを実施している（最終実施日： 年 月 日）	
<input type="checkbox"/> 話し合いを実施していない（ <input type="checkbox"/> 本人からの話し合いの希望がない <input type="checkbox"/> それ以外）	

※（2）から（5）は、本人・家族等との話し合いを実施している場合のみ記載

(2)本人・家族の意向：□下記をご参照ください	
□別紙参照（入院中に記載した書類等：	
(3)話し合いの参加者：□本人 □家族（氏名： 続柄： ）（氏名： 続柄： ）	
<input type="checkbox"/> 医療・ケアチーム <input type="checkbox"/> その他（	
(4)医療・ケアに関して本人または本人・家族等と医療・ケアチームで話し合った内容	
(5)その他（上記のほか、人生の最終段階における医療・ケアに関する情報で介護支援専門員と共有したい内容）	