

様式3 退院時連携シート (退院時共同指導 ・ 介護支援連携指導 (回目) ・ 退院時情報)

開催日時	令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日
	14 時 00 分 ~ 15 時 00 分
開催場所	

氏名	○ ○ ○	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日	<input type="checkbox"/> 明 <input checked="" type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 平 ○ 年 ○ 月 ○ 日	年齢	72歳
----	-------	---	------	---	----	-----

参加者	<input checked="" type="checkbox"/> 本人 <input checked="" type="checkbox"/> 家族(続柄)：妻	<input type="checkbox"/> 参加者(関係)：
-----	---	-----------------------------------

医療 機 関 側	医師	消化器内科 Y医師	在宅 側 (職 種 ・ 氏 名 ・ 所 属)	訪問診療医	N在宅クリニック N医師
	病棟看護師	4階東病棟 S看護師		訪問看護師	H訪問看護ステーション K看護師
	退院調整看護師	F看護師		ケアマネジャー	O居宅 Hケアマネジャー
	MSW	T		訪問薬剤師	S薬局 A薬剤師
	病棟薬剤師	N薬剤師		福祉用具	Y福祉用具事業所 E

病状の経過と継続事項	看護サマリーをご参照ください	事前意思表示書の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
------------	----------------	------------	--

本人・ 家族の意向	本人意向：住み慣れた家で最期まで過ごしたい。 家族意向：本人の意向を尊重したい。痛みや苦痛はできる限りなくして欲しい。
--------------	--

療 養 生 活 に 関 連 す る 課 題	<input checked="" type="checkbox"/> 食事 好きなものを食べられる分だけ	<input type="checkbox"/> 睡眠
	<input checked="" type="checkbox"/> 排泄 バルーン留置	<input type="checkbox"/> 精神・行動障害
	<input checked="" type="checkbox"/> 清潔 全介助	<input checked="" type="checkbox"/> 服薬管理 家族・訪問看護師による支援が必要です
	<input checked="" type="checkbox"/> 移動 基本的にはベッド上で移動は困難	<input checked="" type="checkbox"/> IADL 全介助
	<input checked="" type="checkbox"/> 特殊寝台の必要性	<input checked="" type="checkbox"/> 床ずれ予防マットの必要性 褥瘡あり

要介護度	<input type="checkbox"/> 未申請 <input checked="" type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 区分変更中(申請日: /) 要介護 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 要支援 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
------	---

経済状況	厚生年金受給中
------	---------

診 療 ・ 医 療 と 処 置 に 関 連 す る 課 題	退院後の <input type="checkbox"/> 通院 <input checked="" type="checkbox"/> 訪問診療の日時	○ 年 ○ 月 ○ 日 15 時 30 分
	<input checked="" type="checkbox"/> ドレーン・カテーテル・点滴等	CVポートからの高カロリー輸液、バルーン留置
	<input type="checkbox"/> 経管栄養	
	<input checked="" type="checkbox"/> 気管カニューレ・吸引・人工呼吸器等	在宅酸素療法 (1L)
	<input type="checkbox"/> 人工肛門・人工膀胱等	
医 療 的 サ イ ト の 理 由	<input checked="" type="checkbox"/> 褥瘡・創処置等	仙骨部に表皮剥離ありワセリン塗布後ガーゼ保護の処置あり。除圧必要。
	<input checked="" type="checkbox"/> 排便状況と処置	便秘あり便秘薬内服している。1週間排便ない場合は浣腸、摘便処置必要。
	<input checked="" type="checkbox"/> 予想される症状と対処法	現在オキシコドン内服できているが今後の状況に応じて貼付剤等での疼痛コントロールが必要になる可能性がある。

医 療 的 サ イ ト の 理 由	<input checked="" type="checkbox"/> 訪問看護(看護師・PT・OT・ST)	バルーン管理、排便コントロール、CV管理
	<input type="checkbox"/> 訪問リハビリ(PT・OT・ST)	
	<input type="checkbox"/> 通所リハビリ	
	<input type="checkbox"/> 訪問歯科	
	<input checked="" type="checkbox"/> 訪問薬剤管理指導	高カロリー輸液への混注あり
	<input type="checkbox"/> 医療型ショートステイ	
	<input type="checkbox"/> その他	

退院予定日	令和○年 ○ 月 ○ 日 ()	送迎手配	<input type="checkbox"/> 家族 <input checked="" type="checkbox"/> 介護タクシー <input type="checkbox"/> その他
-------	------------------	------	---

その他・退院 までの確認事項	介護ベッド準備、HOT機器設置
-------------------	-----------------

以上の内容で入院中の医療従事者、ご自宅に関わる看護師、介護事業所と共同で退院支援を行いました。

医療機関名： ○○医療センター

記録者： 退院調整看護師 F

私は、上記内容の退院指導を受けました

ご利用者様・ご家族様・代理人サイン

(続柄)