

記入マニュアル

対象者の生活がより良いものになるために、
また、専門職の負担にならないように、
わかる範囲内で記載しましょう。

専門職間の連携シートです。
取り扱いには十分注意しましょう。

食事 特記事項
入院前(自宅・施設)の食事について、入院先に
伝えたい情報を記載
例えば・・・
・1日2食のみ(昼・夕)
・米飯は、お茶碗の半分程度
・おかずはほとんど食べない
・肉は全く食べない
・好き嫌いがはげしい
・日頃から家族とは別に一人で食べている
等

口腔ケア 特記事項
入院前(自宅・施設)の口腔ケアの様子が分かるように記載
例えば・・・
・声をかけてもほとんど自分では行わない
家族が〇〇〇を介助すると自分で行う
・自分で行わず、介助も拒否しているため、汚染が顕著
・歯肉の腫れが強い
・義歯が合わないため、使用していない
等

水分制限の有無
心不全や透析を行っている方で、飲水量を
医師から指導されている方等は記載

むせの有無
・むせの頻度
・飲水時の体勢
等

連絡事項 その他
入院先の病院に伝えたい情報を記載
例えば・・・
・入院に至るまでの経過
・現在の症状
・家族との関係性
・問題行動の詳細
・性格的なところ
・接するときの留意点
・本人の今後の希望
・家族の希望
等

連絡事項 その他
・誤嚥性肺炎を繰り返している方などは、
再発を予防するための退院時の指導内容
・家族の状況や懸念されること
・今後、在宅での生活で役に立つことや
伝えた方がよい情報
等

特にがん終末期や予後不良状態の方の退院時は、
・医師からどのような病状説明がされているか？
・今後の経過、余命については？
・ACPIについて確認できていること？
等の説明があった場合記載

・ICに誰が立ち会ったか？
・IC後の本人・家族の状況や反応は？理解度は？
・地域に戻ったときに考えられる不安なことは？
等わかる範囲内で記載

リハビリ継続が望ましい場合 等も記載

リハビリの現状と課題

| ADL | 自立 | 見守り | 一部 | 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"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖使用 <input type="checkbox"/> 歩行器使用 <input type="checkbox"/> 装具・補助具使用 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> ストレッチャー |
| 移乗方法 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 補助具使用() |
| 口腔ケア | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 義歯: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 *特記事項: 主食(摂取量 割): <input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> 経管栄養(内容:) 副食(摂取量): <input type="checkbox"/> 通常 <input type="checkbox"/> 一口大 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> 極小刻み <input type="checkbox"/> ミキサー(口とろみ付) |
| 食事 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 口腔ケア 特記事項 その人らしいケアのポイントが分かれば記載 例えば・・・ ・痛みがある場合などは、口内炎・欠けた歯・歯肉の腫れ・義歯による傷などの有無 ・自助具や工夫した清掃具・口腔用スポンジなどを使用している場合の説明 ・どこまで自分で行うことができるか？どの程度の介助が必要か？ ・口を大きく開けられるか？ ・口腔内が乾燥しやすい状態か？ ・「専門的口腔ケア」訪問歯科診療の導入が望ましい場合なども記載 (誤嚥性肺炎の再発予防のため) 等わかる範囲内で記載 |
| 更衣 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 入浴 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 排尿 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 排便 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 服薬管理 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 転倒転落 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 危険行為 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> その他() |
| 療養上の問題 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> バルーンカテーテル <input type="checkbox"/> ストマ <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> 褥瘡(部位:) <input type="checkbox"/> その他() |
| 医療処置 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(指導内容:) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有() |
| 家族指導 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 感染症 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 連絡事項 その他 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |