

結城市入退院時情報連携シート

(情報提供事業所 → 病院)

事業所名		TEL	
記入者		FAX	

[illegible]

結城市入退院時情報連携シート

(病院 → 事業所) 患者氏名:

病院名	結城病院 ・ 城西病院 ・ ()		
記入者	相談員:	看護師:	リハ職:

病院主治医	医師名: 診療科:				退院後の 医療機関	病 院 名: 医 師 名:						
入院の原因と なった病名					入院中の キーパーソン	氏 名: 続 柄:						
医師からの病状説明						本人・家族の理解状況						
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	☐	☐	☐	☐	☐ 独歩 ☐ 杖使用 ☐ 歩行器使用 ☐ 装具・補助具使用 ☐ 車いす ☐ ストレッチャー							
移乗方法	☐	☐	☐	☐	補助具使用()							
口腔ケア	☐	☐	☐	☐	義歯: ☐ 有 ☐ 無 * 特記事項:							
食 事	☐	☐	☐	☐	主食(摂取量 割): ☐ 米飯 ☐ 全粥 ☐ ミキサー ☐ 経管栄養(内容:)							
					副食(摂取量 割): ☐ 通常 ☐ 一口大 ☐ 刻み ☐ 極小刻み ☐ ミキサー(☐ とろみ付)							
					☐ 普通食 ☐ 治療食 { ☐ Kcal ☐ 糖尿病食 ☐ 高血圧食 ☐ 腎臓病食 ☐ その他(							
					*水分制限: ☐ 有(1日 ml) ☐ 無 *とろみ剤使用 ☐ 有 ☐ 無 *むせの有無 ☐ 有() ☐ 無							
更 衣	☐	☐	☐	☐	特記事項:							
入 浴	☐	☐	☐	☐	入浴の制限: ☐ 無 ☐ 有[☐ シャワー浴 ☐ 清拭 ☐ その他()]							
排 尿	☐	☐	☐	☐	() トイレ () ポータブル () 尿器 () 尿パット () リハパン () オムツ							
排 便	☐	☐	☐	☐	() トイレ () ポータブル () リハパン () オムツ			頻度(/週)	便処置()		昼…○ 夜…● 昼夜…◎	
服薬管理	☐	☐	☐	☐	処方内容はコピー参照。※コピー添付。							
転倒転落	☐ 無 ☐ 有											
療養上の 問題	☐ 無 ☐ 有 ☐ 幻視・幻聴 ☐ 興奮 ☐ 不穏 ☐ 妄想 ☐ 暴力 ☐ 介護への抵抗 ☐ 昼夜逆転 ☐ 不眠 ☐ 徘徊 ☐ 危険行為 ☐ 不潔行為 ☐ その他()											
医療処置	☐ バルーンカテーテル ☐ ストマ ☐ 気管切開 ☐ 喀痰吸引 ☐ 胃ろう ☐ 在宅酸素											
	☐ 褥瘡(部位:) ☐ その他()											
家族指導	☐ 無 ☐ 有 (指導内容:)											
感染症	☐ 無 ☐ 有 ()											
連絡事項 その他												