

病院担当者様 (記入日: 年 月 日 退院日: 年 月 日)

基本情報	フリガナ		生年月日	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> S	年	月	日
	氏名	様	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	家族構成		
	住所						
	要介護度	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 要支援 () <input type="checkbox"/> 要介護 ()					
	一日の主な過ごし方						
※主介護者、キーパーソンに印を							
退院後の状況	項目	退院直後からの変化		ADLの状態			
	屋内歩行	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化		<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 移動手段 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他			
	屋外歩行	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化		<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 移動手段 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他			
	入浴	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化		<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 行っていない 入浴場所 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 通所 <input type="checkbox"/> 訪問入浴			
	排泄	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化		<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> カテーテル <input type="checkbox"/> パウチ			
	福祉用具	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化		<input type="checkbox"/> 車イス <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 特殊寝台 <input type="checkbox"/> その他 ()			
	移乗	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化		<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			
	食事摂取	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化		<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 食事形態 () <input type="checkbox"/> 経管栄養			
	退院後の生活上の困りごと	(本人の生活面の困りごと)		(家族の介護上の困りごと)		(住環境/用具使用上の課題)	
	障害高齢者日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化		<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			
	認知機能	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化		<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> 不明			
	BPSD	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 焦燥・不穏 <input type="checkbox"/> 攻撃性 <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 大声を出す			
	処置	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 酸素療法 (錠/分) <input type="checkbox"/> インスリン <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> 褥瘡					
	薬	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 (内服) <input type="checkbox"/> 一包化 (外用) <input type="checkbox"/> 貼付 <input type="checkbox"/> 塗布 <input type="checkbox"/> 点眼					
	主治医	機関名		医師名			
		<input type="checkbox"/> 訪問診療 (頻度:)		(TEL)			
	歯科	機関名		(TEL) <input type="checkbox"/> 訪問歯科			
	薬局	機関名		(TEL) <input type="checkbox"/> 訪問薬剤			
	訪問看護	事業所名		(TEL)			
	リハ職	事業所名		(TEL)		リハ職氏名 <input type="checkbox"/> PT <input type="checkbox"/> OT <input type="checkbox"/> ST	
介護サービス	利用日、サービス事業名、事業所名		<input type="checkbox"/> 居宅サービス計画書(1~3)を添付				
ケアマネからみた生活上の一番の課題 病院への連絡事項等							
事業所名							担当者名
所在地							(TEL) (FAX)