

【 退院に向けてのききとりシート 】 記入例

聞きとり日	回数	情報提供者名・職種				
2018年7月20日	1回目	<input type="checkbox"/> 医師 ()	<input checked="" type="checkbox"/> 看護師 (<u>△△△</u>)	<input checked="" type="checkbox"/> リハ職 (<u>〇〇〇</u>)	<input checked="" type="checkbox"/> MSW (<u>◇◇◇◇</u>)	<input type="checkbox"/> () ()
年 月 日	回目	<input type="checkbox"/> 医師 ()	<input type="checkbox"/> 看護師 ()	<input type="checkbox"/> リハ職 ()	<input type="checkbox"/> MSW ()	<input type="checkbox"/> () ()

1. 基本情報・現在の状態

属性	フリガナ	シガ ハナコ		性別	年齢	退院時の要介護度		
	氏名	滋賀 花子 様		<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	84 歳	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 要支援() <input checked="" type="checkbox"/> 要介護(2)		
入院歴等	入退院日	(入院日) <u>2018</u> 年 <u>6</u> 月 <u>10</u> 日		(退院予定日) <u>2018</u> 年 <u>8</u> 月 <u>末</u> 日				
	入院原因疾患	右大腿骨頸部骨折						
	入院先	<u>△△△△</u> (病院) <u>〇〇</u> (病棟) <u>5</u> (階) <u>501</u> (号室)						
		主治医	(診療科)	<u>整形外科</u> 科		(医師名)	<u>彦根 一郎</u>	
	退院後通院先	<input type="checkbox"/> 入院していた医療機関 <input type="checkbox"/> 入院先以外の病院 <input type="checkbox"/> 診療所 <input type="checkbox"/> 通院の予定なし						
疾病	既往歴	高血圧、糖尿病、脳梗塞		現疾患	大腿骨頸部骨折			
	移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助				<特記事項> シャワー室等は車いすを使用。 リハビリ時のみ歩行器を使用している。		
(移動手段)	<input type="checkbox"/> 杖 <input checked="" type="checkbox"/> 歩行器 <input checked="" type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他							
入院中の状態	入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 行っていない				浴槽へのまたぎ動作が行えず、シャワー浴で対応。 足先など手の届きにくいところを一部介助。		
	(入浴方法)	<input type="checkbox"/> 機械浴 <input checked="" type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> 一般浴						
	排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> トイレ				ベッド上でのおむつ対応。		
		<input type="checkbox"/> ポータブル <input checked="" type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> カテーテル <input type="checkbox"/> パウチ						
	移乗	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助				車いすへの移乗時は、身体を軽く支える程度の介助 むせがあり、注意が必要。		
	食事	<input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助						
	(食事形態)	<input type="checkbox"/> 普通 <input checked="" type="checkbox"/> (<u>一口大刻み</u>) <input type="checkbox"/> 経管栄養						
看護に関する留意点	退院後必要な医療処置と留意事項	(処置内容)			(在宅で継続できる条件)			
		<input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> インスリン <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> 褥瘡処置 <input type="checkbox"/> 痛みコントロール <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input checked="" type="checkbox"/> 排便コントロール <input type="checkbox"/> カテーテル・パウチ () <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> なし			内服で調整			
	健康面で注意すべき項目と留意事項	(留意すべき項目)						
	<input checked="" type="checkbox"/> 血圧 <input type="checkbox"/> 水分制限 <input checked="" type="checkbox"/> 食事制限 <input checked="" type="checkbox"/> 食形態 <input checked="" type="checkbox"/> 嚥下 <input checked="" type="checkbox"/> 口腔ケア <input checked="" type="checkbox"/> 血糖コントロール <input checked="" type="checkbox"/> 排泄 <input type="checkbox"/> 睡眠 <input checked="" type="checkbox"/> 認知機能・精神面 <input checked="" type="checkbox"/> 服薬管理 <input type="checkbox"/> 入浴制限 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> なし			<ul style="list-style-type: none"> ・毎日血圧測定 ・摂取カロリー1300kcal・一口大 ・むせ注意 ・血糖コントロール (月1回通院時の血糖測定と内服でコントロール可) ・口腔ケア…口腔内の食べ残し →誤嚥性肺炎のリスクあり ・尿の回数と量の確認 →水分の促し(1200cc/日) ・手術前後せん妄あり(認知機能) 				
	退院後の看護の必要性	<input type="checkbox"/> 非常に必要 <input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> あまり必要ではない <input type="checkbox"/> 必要なし (必要な内容) ※非常に必要～必要な場合に以下をチェック <input checked="" type="checkbox"/> 本人への療養指導 <input type="checkbox"/> 家族指導 <input checked="" type="checkbox"/> バイタルサインのチェック <input checked="" type="checkbox"/> 医療処置への対応 <input checked="" type="checkbox"/> その他 (<u>血圧、食事、むせ、排便・排泄コントロール</u>)						
薬に関する留意点	退院時の処方内容と留意事項	(薬の名称)	(効能)	(用法・用量)	(留意すべき内容)			
		〇〇〇〇	降圧剤	朝一錠	薬剤情報 参照			
	服薬の状況と留意事項	(服薬の管理)	(介助の有無)	(薬剤効用と飲み方の理解)	(プランに位置づける注意点)			
	<input type="checkbox"/> できる <input checked="" type="checkbox"/> できない	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	自己管理の可否の確認 → 一包化 おくすりカレンダーの活用？ 訪問看護のサービス導入？				
	<特記事項> 整形外科からも処方あり。							

2. 課題認識のための情報

リハビリに関する留意点	ADL の状況	(入院前自立度)	(退院時自立度)	(改善可能性)	(改善のために取り組むこと)
	(屋内移動)	<input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 要介助	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 要介助	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> ややあり <input type="checkbox"/> なし	リハビリ中 見守り下での歩行器歩行 10m 可 ↓ リハビリの継続必要か？ (通所リハ?) 自宅での動作確認必要!! →退院前の同行訪問依頼する
	(屋外移動)	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 要介助	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 要介助	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> ややあり <input type="checkbox"/> なし	
	(移乗)	<input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 要介助	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 要介助	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> ややあり <input type="checkbox"/> なし	
	(入浴)	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 要介助	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 要介助	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> ややあり <input type="checkbox"/> なし	
	(更衣)	<input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 要介助	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 要介助	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> ややあり <input type="checkbox"/> なし	
	(トイレ動作)	<input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 要介助	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 要介助	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> ややあり <input type="checkbox"/> なし	
(食事摂取)	<input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 要介助	<input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 要介助	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> ややあり <input type="checkbox"/> なし		
転倒リスク	(リスクの有無)	(リスク軽減のための対策/自宅の環境をふまえた留意点)			
	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	・筋力UP 体力UP 体幹バランスUP、注意散漫、危険予測 ・段差 15cm の昇降あり、上がり框 30cm (手すりなし)、玄関前階段 (5段)			
禁忌事項	(禁忌の有無)	(禁忌の内容/留意点)			
	運動	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	全荷重可 またぎの動作注意		
肢位	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	脱臼、屈曲、内転、内旋 床の物を取る動作注意! 足が内側に入る姿勢をしない! (横座り、お姉さん座り)			
退院後のリハビリの必要性	<input checked="" type="checkbox"/> 非常に必要 <input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> あまり必要ではない <input type="checkbox"/> 必要なし (必要な内容) ※非常に必要～必要な場合に以下をチェック <input checked="" type="checkbox"/> 本人指導 <input checked="" type="checkbox"/> 家族指導 <input checked="" type="checkbox"/> 関節可動域訓練 <input checked="" type="checkbox"/> 筋力増強訓練 <input checked="" type="checkbox"/> 筋緊張緩和(ストレッチ) <input checked="" type="checkbox"/> バランス練習 <input checked="" type="checkbox"/> 起居/立位動作練習 <input checked="" type="checkbox"/> 摂食・嚥下訓練 <input type="checkbox"/> 言語訓練 <input checked="" type="checkbox"/> ADL 練習 (歩行/入浴/トイレ動作/移乗等) <input checked="" type="checkbox"/> IADL 練習 (買い物、調理等) <input type="checkbox"/> その他 ()				
本人の受け止め方	(病気)	(障害・後遺症)		(病名告知)	
	・手術してだいぶ良くなったが、歩くことやまた転ばないか心配 ・前より歩けなくなった		痛みやふらつきもある		<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
退院後の生活に関する留意点	退院後の主治医	(医療機関名) <u>〇〇医院</u>	(医師名) <u>大津 太郎</u>		
備考	1か月後 △△病院整形外科受診予定				

3. 備考

退院前に OT の〇〇〇氏と共に住宅環境の見直しを行う予定。