

【退院後情報提供書（居宅介護支援事業所→医療機関）】

※本情報提供に関しては、ご本人・ご家族の承諾を得ています。

病院担当者様 (記入日: R 年 月 日 退院日: R 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

項目	退院直後からの変化	状態・特記事項
移動・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"/> 見守り <input type="checkbox"/> 手引き <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 全介助 <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
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
睡眠	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化	<input type="checkbox"/> 良眠 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> その他
食事摂取動作	<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
栄養状態	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化	食事形態 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> () <input type="checkbox"/> 経管栄養
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

療養状況	医療処置の状況	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 酸素療法 (㎖/分) <input type="checkbox"/> インスリン (単位) <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

入院中の課題、退院時に課題として残ったこと	➡	課題に対する現状・新たに工夫していること等

退院後新たに目立った課題	
その他連絡事項等	
事業所名	担当者名
所在地	(TEL) (FAX)