

平成27年度 在宅医療連携拠点整備事業

医療機関と訪問看護の連携上のポイント

「退院時連携情報提供書」書き方マニュアル

平成28年2月24日

一般社団法人浮羽医師会

目 次

医療機関と訪問看護の連携上のポイント

1	訪問看護の必要性の判断は入院時から	1
2	入院中に病院側をお願いしたいこと	2
3	退院前に訪問看護が行いたいこと	2
4	医療処置が必要な患者様が退院するときをお願いしたいこと	2
5	訪問看護以外からの相談について	2
	1) ケアマネジャー	
	2) 訪問歯科	
	3) 訪問薬剤師	
6	退院後も訪問看護指示書を出していただく場合	3
7	複数の医療機関（診療科）を受診している患者様への対応について	3
8	訪問看護対象者の「介護保険と医療保険」の違い	4
9	訪問看護への「申し送り」について	4
10	訪問看護事業所紹介	5～8
	1) 浮羽医師会訪問看護ステーション	
	2) 境泌尿器科医院	
	3) 田主丸訪問看護ステーション	
	4) 筑後川温泉病院訪問看護ステーション	
	5) 筑後吉井こころホスピタル	
	6) 原鶴温泉病院訪問看護ステーション	
	7) 訪問看護ステーション木守柿（こもりがき）	

「退院時連携情報提供書」書き方マニュアル

1	記入者	9
2	基本情報	9
3	家族の状況	9
4	保険情報	9
5	身体症状	9～11
6	生活支援の必要性	11
7	入院中の症状と本人・家族への説明	11
8	退院後の処置や医療器械の使用	12
9	本人・家族の病気に対する理解	12
10	訪問看護へ	12
11	診療情報等	12

（参考様式）「退院時情報提供書」

医療機関と訪問看護の連携上のポイント

1 訪問看護の必要性の判断は入院時から

主治医や看護師が退院後に医療の継続のため訪問看護が必要と判断されたら、出来るだけ早い時期に「訪問看護」にご連絡ください。入院中の患者様と面会が出来、医師や看護師と退院調整の連携が取りやすくなるので、在宅医療へのスムーズな移行が期待出来ます。訪問看護の内容や利用のメリットについては、下記をご参照ください。

訪問看護のサービスの内容

- ・ 病状観察
- ・ 家族への介護指導
- ・ 身体の清潔（清拭、入浴介助など）
- ・ 排泄の支援（排便の介助など）
- ・ 食事、栄養の支援、指導
- ・ 口腔ケア
- ・ リハビリテーション
- ・ 精神疾患の方に対する看護
- ・ 医療処置（カテーテル交換、点滴など）
- ・ 医療機器の管理、指導
- ・ 褥瘡の予防や処置、創傷処置など
- ・ 服薬管理、指導
- ・ ターミナルケア
- ・ 利用者及び家族への精神的ケア

* 訪問看護ステーションごとに特徴がありますので、予めご確認ください。

（訪問エリア、空き状況、24時間連絡体制、営業日、営業時間、専門的看護、リハビリ師の有無）

訪問看護サービス利用のメリット

- ・ 医学的視点に基づいた判断と予後予測が可能です。
- ・ 合併症や病状の悪化を予防することが出来ます。
- ・ 病状の不安定な方にも安全なケアや支援が提供できます。
 - ・ 医学的根拠に基づいた介護予防や自立支援が出来ます。
- ・ 在宅生活における介護指導や環境整備を支援できます。
- ・ 在宅での看取りを支援します。
- ・ 在宅で医療行為が実施できます。

※詳細についてはお問い合わせください。

2 入院中に病院側にお願いしたいこと

- 在宅での生活を安心して迎えられるよう、患者様の自立度を高める看護及び家族への指導。
- 介護保険の申請や身体障害者手帳の取得など必要な制度利用のための支援。
- 医療依存度が高い患者様の場合は、退院前に在宅ケアを支える機関と連絡をとり、退院後の医療環境の調整、医療材料の調達等ご家族様を含めた指導を行ってください。

3 退院前に訪問看護が行いたいこと

- 退院前カンファレンスへの参加
 - ・現状の共有、退院指導の確認と補足、退院前に準備することなどを確認する。
 - ・早期に在宅生活上の問題予測や解決方法を検討する。
 - ・本人に合った療養計画の立案と在宅ケア提供者側の調整を行う。
 - ・退院後の主治医との連携方法の確認。(夜間、休日、緊急時等)
- 訪問看護師の退院前訪問の実施
 - ・退院前に在宅で必要な処置を目で見確認し、在宅で安全に処置が出来るようにする。
 - ・在宅への準備を患者様や介護者様と共に行い、退院後の人間関係を作りやすくする。

4 医療処置が必要な患者様に退院時にお願いしたいこと

- 病院で処方される物品と在宅で準備する物品を明確にしてください。
- 退院後の生活に合わせ、使用する機器や物品の指導をしてください。
(在宅では、病院での指導内容を元に支援しています。)
- 退院時に持ち帰る物品(薬・医療材料)は、次回受診・往診時までには足りる量を持たせてください。
- 退院日から次にケアが入るまで配慮。
 - ・いつから訪問看護が入るか。(確実な指示書の発行)
 - ・最初の病院受診(訪問診療)はいつか。 ・受診(訪問診療)までに薬や医療材料は足りるか。
 - ・病状悪化時の連絡先。 ・訪問診療医導入と情報提供。

5 訪問看護以外からの相談について

1) ケアマネジャー

介護保険における居宅サービス計画(ケアプラン)の中に医療系のサービス(訪問看護、訪問リハビリテーションなど)を位置づける場合には、ケアマネジャーは、患者様、ご家族様に同意を得て主治医に意見を求める事になっています。

(例1) 主治医であるA医師の訪問看護指示書の指示期間中に、月途中でB医師に主治医が変更になった場合、B医師は訪問看護指示書を交付する必要があります。

- ・指示期間が重なっていても、保険医療機関が変わった場合には訪問看護指示書料の算定をすることが出来ます。(Bのみ、Aは不可)

8 訪問看護対象者の「介護保険と医療保険」の違い

●訪問看護には介護保険対象者と医療保険対象者があり、その区別は次のようになっています。

◆介護保険の対象者

要介護認定の申請を行い、要介護者または要支援者の認定を受けた方で、主治医が訪問看護の必要性を認めた者。(申請日より暫定利用にて介護保険の対象になります。※「非該当」判定の者を除く)

◆医療保険の対象者

- ・介護保険の要介護者等でない者。(未申請、非該当、40歳未満)
- ・介護保険の要介護者等で次の①～③に該当する者。

① 厚生労働大臣が定める下記疾病の者(訪問看護指示書に病名が書かれていること)

- ・末期の悪性腫瘍・多発性硬化症・重症筋無力症・スモン・筋萎縮性側索硬化症
- ・脊髄小脳変性症・ハンチントン病・進行性筋ジストロフィー症
- ・パーキンソン病関連疾患{進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症、パーキンソン病(ホーエン・ヤールの重症度分類がステージ3以上であって生活機能障害度がⅡ度またはⅢ度の者に限る)}
- ・多系統委縮症(線条体黒質変性症、オリブ橋小脳萎縮症、シャイ・ドレガー症候群)
- ・プリオン病・亜急性硬化性全脳炎・後天性免疫不全症候群
- ・ライソゾーム病・副腎白質ジストロフィー・脊髄性筋委縮症・球脊椎髄筋委縮症
- ・慢性炎症性脱髄性多発神経症
- ・頸椎損傷及び人工呼吸器を使用している状態

②急性増悪等により一時的に頻回の訪問看護が必要であると主治医が認めた者

※主治医が「特別訪問看護指示書」を発行した場合

③精神障害者の社会復帰施設等の複数の入所者に対し、同時に行う訪問看護

9 訪問看護への「申し送り」について

●訪問看護への「申し送り」は添付の「退院時連携情報提供書」をご活用ください。書き方の詳細については『「退院時連携情報提供書」書き方マニュアル』をご参照ください。

10 訪問看護事業所紹介

1) 浮羽医師会訪問看護ステーション

浮羽医師会の訪問看護として平成7年12月1日に開設、今年で20年を迎えます。起ち上げより、医師会として地域の皆様のお役にたてるよう、多職種間の連携を大切にしながら努めております。また、利用者様のニーズに応えられるよう、スタッフのスキルアップを図り、幅広い看護に対応しております。

住所	〒839-1321 うきは市吉井町347-17
TEL	(0943)-75-2866
FAX	(0943)-75-2862
Email	s-isikai@adagio.ocn.ne.jp
営業時間	9:00~17:00(月~金) 9:00~12:00(土) ※日、祝、祭日、盆8/13~15、年末年始12/30~1/3 休み
24時間体制	24時間対応可能(休日もスタッフ当番制で対応いたします)
訪問できる地域	うきは市、久留米市田主丸町(その他の地域についてはご相談ください)
精神疾患の対応	対応可
職員体制	常勤7名(うち24時間対応NS6名) 非常勤1名
対応できる処置等	・病状観察 ・内服管理 ・清潔援助(清拭、入浴、爪切り、着替え、シーツ交換等) ・排泄介助(摘便、浣腸) ・点滴、ポート管理 ・褥瘡処置 ・ストーマ管理 ・留置カテーテル管理 ・HOT ・COPD ・リハビリ ・ターミナルケア(麻薬管理も含む)

2) 境泌尿器科医院

開業33年目(泌尿器科・皮膚科・美容皮膚科)に入り、院長をはじめとして泌尿器科Dr・皮膚科Drと明るいスタッフで患者様1人1人に親切丁寧に対応できるよう心がけています。スタッフ一同、患者様と地域への貢献をめざして日々頑張っております。

住所	〒839-1321 うきは市吉井町609-2
TEL	(0943)-75-2411
FAX	(0943)-75-2470
Email	
営業時間	9:00~12:00 14:00~18:00(日、祝、祭日休み)
24時間体制	24時間対応可能(24時間対応体制加算なし)
訪問できる地域	当院より16キロメートル以内
精神疾患の対応	なし
職員体制	訪問担当2名(全スタッフによる当番制にて対応)
対応できる処置等	泌尿器科(膀胱洗浄、Br交換、ストーマ交換)皮膚科(褥瘡ケア、症状に応じ軟膏処置等)

3) 田主丸訪問看護ステーション

各事業所や主治医との連携がスムーズにいくようコミュニケーションを図っています。訪問リハが介入可能なことで、利用者のADL維持、回復にかかわっています。又、病院との連携を図ることで、切れ目なく利用者の在宅生活を支援しています。

住所	〒839-1213 久留米市田主丸町益生田882-1
TEL	(0943)-72-3611
FAX	(0943)-72-2378
Email	houmonkango@seihoukai.or.jp
営業時間	8:30~17:00 (日、祝日、年末年始、お盆 休み)
24時間体制	24時間対応可能です。(電話対応、訪問も対応します。)
訪問できる地域	うきは市内、久留米市内(田主丸町、大橋町、草野町、善導寺町、山本町) (その他の地域についてはご相談ください)
精神疾患の対応	対応可能です。(但し、自立支援はとっておりません)
職員体制	常勤看護師8名、非常勤理学療法士2名、事務2名で運営しています。緊急時対応できるよう、夜間も2名ずつ当番制で対応しています。
対応できる処置等	点滴、中心静脈栄養、胃ろう、腸ろう、褥瘡処置、ストーマ管理、在宅酸素、人工呼吸器、気管切開の管理、吸引、膀胱留置カテーテル、CAPD、経鼻経管栄養、血糖測定、インスリン注射

4) 筑後川温泉病院訪問看護(平成28年4月よりステーションに移行)

筑後川温泉病院が運営している訪問看護です。連携室とも連携が取れています。当院のみならず地域の在宅医の先生方より指示書を頂いて訪問しております。予防から看取りまで支援させて頂いております。

現在3人体制で訪問室を盛り上げています。アットホームな関わりを目指しております。

住所	〒839-1401 うきは市浮羽町古川1055
TEL	0943-77-7251
FAX	0943-77-4579
Email	Kangobu@onsen.or.jp
営業時間	8:30~17:00(月曜日~土曜日)(日曜日・祝日・お盆8/13~15 ・年末年始12/30~1/3 休み)*但し医師の指示で必要に応じ対応
24時間体制	電話連絡対応・急な病状の変化があった場合の対応
訪問できる地域	うきは市、朝倉市(杷木町)、東峰村
精神疾患の対応	対応可能
職員体制	専従看護師3名
対応できる処置等	・病状の観察(バイタルチェック・全身状態) ・療養上の世話(清拭・洗髪・足浴・入浴介助・食事・排せつ介助及び指導)・ターミナルケア(疼痛緩和・麻薬管理・看取り)・主治医の指示による医療処置(点滴・ポート)・医療機器の管理(在宅酸素・PEG・カテーテル管理・ストーマ) ・床ずれ防止、処置 ・認知症ケア ・リハビリ(ADL低下予防) ・家族への介護支援、指導

5) 筑後吉井こころホスピタル

当院へ通院されている方を対象に精神科訪問看護を行っています。症状の把握、再発予防、服薬管理などの病状管理に加え、ご本人、ご家族に対し在宅で生活していく上での様々な助言、援助等を行います。

精神疾患があり(または疑われ)、在宅における支援が必要な方がいらっしゃいましたら、まずはご相談ください。

住所	〒839-1321 うきは市吉井町216番地2
TEL	(0943)-75-3165
FAX	(0943)-75-5165
Email	
営業時間	9:00~17:00 (土、日、祝日 休み) ※土曜日、病院は開いておりますが訪問看護は行っておりません
24時間体制	なし
訪問できる地域	車で片道15分程度
精神疾患の対応	精神疾患に対する訪問看護のみ取り扱っています。
職員体制	病院に勤務している精神保健福祉士 必要に応じて看護師が同行しております。
対応できる処置等	精神疾患に対する訪問のみで、医療処置や身体ケアなどは行っておりません。これらが必要な方へは、他の精神科訪問看護を取り扱ってある事業者様をご利用いただいております。

6) 原鶴温泉病院訪問看護ステーション(平成28年4月開設予定)

訪問リハビリ、通所リハビリ、ケアプラン室と連携しながら、在宅生活を支援していきます。

訪問リハビリが介入可能なことで、利用者のADL維持、回復にかかわっていきます。

住所	〒839-1304 うきは市吉井町千年628番地
TEL	(0943)-75-3135
FAX	(0943)-75-3345
Email	hara-hp1@dream.ocn.ne.jp
営業時間	8:45~17:30 (日、祝日、12/30~1/3、8/14~16 休み)
24時間体制	対応可
訪問できる地域	うきは市、朝倉市(旧朝倉町、杷木町)、朝倉郡(東峰村) (その他の地域についてはご相談ください)
精神疾患の対応	対応不可
職員体制	常勤看護師4名(専従3名、兼務1名)
対応できる処置等	病状観察、清潔の保持、療養上の世話、褥瘡の予防・処置、リハビリテーション、認知症患者の看護、医療機器の管理、その他医師の指示による医療処置

7) 訪問看護ステーション 木守柿

24時間365日対応可能。内科疾患や精神疾患をお持ちの方など幅広く対応しております。小規模の事業所なのでプライマリー制を行っており担当者を固定して派遣しています。休業日の医療保険の休日料金は頂いておりません。

住所	〒839-1213 久留米市田主丸町益生田888-8 耳納ハイツ106号
TEL	(0943)-74-7070
FAX	(0943)-74-7071
Email	komorigaki@cap.ocn.ne.jp
営業時間	9:00~17:00 (土、日、祝日、年末年始、お盆 休み) ※24時間365日対応可能
24時間体制	対応可
訪問できる地域	うきは市、久留米市、朝倉市、三井郡、小郡市 (おおむね事業所より車で30分圏内)
精神疾患の対応	対応可 ・精神科複数回訪問看護 ・精神科重症患者早期集中支援管理連携加算 ・自立支援 ・生活保護
職員体制	看護師2名(常勤:2.0人)准看護師1名(非常勤0.5人)
対応できる処置等	麻薬による疼痛管理、持続皮下注、点滴、中心静脈栄養、CAPD、胃瘻・腸瘻 褥瘡処置、ストーマ管理、在宅酸素、人工呼吸器、気管切開の管理、吸引、膀胱留置カテーテル

【MEMO】

“「退院時連携情報提供書」書き方マニュアル”

この「退院時連携情報提供書」は入院先の病医院から、退院後に訪問看護を依頼する際に使用する情報提供書です。医療機関に既存の書式がある場合はそちらを優先されて構いません。項目が多く記入が大変ですが、わかる範囲で構いませんのでご記入をお願いいたします。以下、「退院時連携情報提供書」に添ってご説明しておりますのでご参照ください。

1 記入者

記入する側の「医療機関名」「主治医名」「作成年月日」「記入者名及び職種」を記入する。「記入者及び職種」は、複数名で記入した場合は各々の氏名及び職種を記入する。

2 基本情報

患者様の「氏名」「性別」「生年月日」「住所」「電話番号」を記入する。続いてキーマンになるご家族様の「氏名」「続柄」「連絡先（携帯電話など）」を記入し「同居の有無」の当てはまる方を○で囲む。次に退院後の主治医の情報「主治医名」「医療機関名」「連絡先」「不在時の連絡先」をわかる範囲で記入する。

3 家族の状況

- ・「世帯状況」は当てはまるものを○で囲み、その他については家族の人数等を記入する。
- ・「家族構成」はジェノグラム（家族図／親族関係図）を記入し、主介護者に★を付ける。
- ・「家族関係等の状況」には、キーパーソンの状況や他の家族の問題点、「介護を受けるために子供宅に身を寄せている」等わかる範囲で記入する。
- ・「キーパーソン」は連絡が付きやすい方を2名記入する。

4 保険情報

患者様がお持ちの医療保険、介護保険、障害者認定の情報を記入し、難病や原爆などの特別な医療証をお持ちの場合は「その他特別な医療証」の欄にわかる範囲で内容を記入する。

5 身体症状

- ・「病名、既往歴」は現在入院している原因である疾患を中心に、その他の病名、既往歴もわかる範囲で記入する。発症年月日がわかれば記入する。
- ・「感染症の有無」は感染症について当てはまるものを○で囲む。
- ・「ADL等状況」は食事、ベッド上の可動性、座位、移動、着衣、入浴、排尿、排便について「1）自立、2）見守り、3）一部介助、4）全面介助、5）本動作なし」を選んで○で囲む。特記があれば記入する。1）～5）の詳細については次表の通り。（当日を含む過去3日間の状態でご記入ください）

- 1) 自立・・・手助け、準備、観察は不要。または1～2回のみ。
- 2) 見守り・・・準備のみ行い、見守り、励まし、誘導が3回以上。
- 3) 一部介助・・・動作の一部（50%未満）しか自分で出来ず、体重を支える援助（例えば四肢や体幹の重みを支える）を3回以上。
- 4) 全面介助・・・まる3日間すべての面で他者が全面援助した。
- 5) 本動作なし・・・本動作は一度もなかった。

「視力」「聴力」「嚥下」「麻痺」「意思伝達」については、当てはまる方を○で囲み、問題等があれば（ ）内に記入する。

「障害老人の日常生活自立度」については当てはまるものを○で囲む。内容は次の通り。

生活自立	ランクJ	何らかの障害等を有するが、日常生活はほぼ自立しており、独力で外出する。
		1. 交通機関等を利用して外出する。
		2. 隣近所へなら外出する。
準寝たきり	ランクA	屋外での生活は概ね自立しているが、介助なしには外出しない。
		1. 介助により外出し、日中はほとんどベッドから離れて生活する。
		2. 外出の頻度が少なく、日中も寝たり起きたりの生活をしている。
寝たきり	ランクB	屋内の生活は何らかの介助を要し、日中もベッド上での生活が主体であるが、座位を保つ。
		1. 車椅子に移乗し、食事、排泄はベッドから離れて行う。
		2. 介助により、車椅子に移乗する。
	ランクC	一日中ベッド上で過ごし、排泄、食事、着替えにおいて介助を要する。
		1. 自力で寝返りを打つ。
		2. 自力では寝返りも打てない。

「認知症老人の日常生活自立度」については当てはまるものを○で囲む。内容は次表の通り。

ランク	判断基準	見られる症状・行動の例
I	何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的に自立している。	
II	日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる。	
II a	家庭外で上記IIの症状が見られる。	たびたび道に迷うとか買い物や事務、金銭管理などそれまでできたことにミスが目立つ等。
II b	家庭内でも上記IIの症状が見られる。	服装管理ができない、電話の対応や訪問者の対応など一人で留守番が出来ない。
III	日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さが見られ、介護を必要とする。	
III a	日中を中心として上記IIIの状態が見られる。	着替え、食事、排便、排尿が上手にできない、時間がかかる。やたらに物を口に入れる、物を拾い集める、徘徊、失禁、大声、奇声を上げる、火の不始末、不潔行為、性的異常行為等。
III b	夜間を中心として上記IIIの状態が見られる。	ランクIII aに同じ。
IV	日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする。	ランクIII aに同じ。
M	著しい精神症状や問題行動、あるいは重篤な身体症状が見られ、専門医療を必要とする。	せん妄、妄想、興奮、自傷、他害等の精神症状や精神症状に起因する明代行動が継続する状態等。

6 生活支援の必要性

「食事形態」「排泄」「入浴」については、当てはまるものを○で囲み「その他」の場合は内容を記入する。「最終排便日」「最終入浴日」は日付を記入する。

7 入院中の病状と本人・家族への説明

・「入院中の経過」は入院してから退院に至るまでの経過を記入する。

- ・「医師・看護師等から本人・家族への説明内容」疾患や病状について医師や看護師が本人や家族にどのように説明しているかを記入する。治療の方針や疾患、余命の告知の状況など。
- ・「リハビリ、内容や今後の指導」リハビリについて退院後の方針（通院で継続、訪問リハビリを利用、自己訓練等）について記入する。自宅で本人・家族が行うリハビリがあれば記入する。
- ・「認知能力の低下・問題行動」「あり・なし」を○で囲み、「ある」の場合は症状や問題行動について記入する。

8 退院後の処置や医療機器の使用

- ・「在宅で行う処置・使用する器械等」について記入する。
「①在宅酸素 ②膀胱留置 ③経鼻経管栄養 ④PEG ⑤人工呼吸器 ⑥人工肛門 ⑦持続点滴 ⑧褥瘡」があれば番号を○で囲む。他にある場合は「⑨その他」を○で囲み内容を（ ）に記入する。（②③④については管のサイズも記入する。）
- ・○で囲んだ番号を下の「番号（上記①～⑨）」右の欄に記入し、「内容、特記事項（設定値、販売先等）、最終交換日」を記入する。
- ・「処置を行う者」は「本人・家族・その他」を○で囲み、その他の場合は誰かを（ ）に記入する。処置や器械の取り扱いについてどのように説明しているかを「本人・家族への指導内容」欄に記入し、その使い方等の理解がどの程度か「理解している・おおむね理解している・理解していない」のいずれかを○で囲む。
- ・欄は2つあるが、足りない場合はコピー等で枚数を増やし記入する。

9 本人・家族の病気等に対する理解

- ・「病気について本人や家族への指導」
病気に対して行った指導内容を記入する。病気の特徴や進行についての対処。栄養指導、服薬指導等。
- ・「病気に対する本人や家族の理解」
理解の度合いを「理解できている・おおむね理解できている・理解できていない・その他」から選び○で囲む。特記事項があれば記入する。
- ・「家族の在宅介護における心構え」
心構えができているか「できている・おおむねできている・できていない・その他」から選び○で囲む。特記事項があれば記入する。

10 訪問看護へ

- ・「訪問看護に依頼したい内容」
訪問看護に何をしてほしいか、具体的な処置や生活支援の内容を記入する。

11 診療情報等

- * 検査データや内服薬処方のコピーを貼付、又は記入する。

退院時連携情報提供書 (病院・診療所→訪問看護)

1 記入者	医療機関名		主治医		作成日	年 月 日
	記入者 (職種)	①	②		③	

2 基本情報	フリガナ		性別	男・女	生年月日	M・T・S・H		
	氏名				年 月 日	歳		
	住所	〒	—		電話番号	—		
	フリガナ							
	家族氏名		続柄		連絡先		同居の有無	同居・別居
	主治医			医療機関名				
主治医連絡先			主治医不在時の連絡先					

3 家族状況	世帯状況	独居・老夫婦世帯・その他 ()	家族関係等の状況 (キーパーソンの状況など)			
	家族の支援体制	家族構成				
			氏名 (続柄)		連絡先	
		キーパーソン①	()			
キーパーソン②	()					

4 保険情報	介護保険	要支援 ()・要介護 ()・なし	医療保険	後期高齢者・前期高齢者・国民保険・社会保険・その他 ()	
	障害認定	障害名	身障 級	精神 級	療育 (有・無)
	難病・その他特別な医療証				

5 身体状況	病名・既往歴													
	感染症の有無	無・TPHA・HBs・HCV・MRSA・その他 ()												
	A D L 等 状 況	食事	1自立	2見守り	3一部介助	4全介助	5本動作なし	特記 ()						
		ベッド上の可動性	1自立	2見守り	3一部介助	4全介助	5本動作なし	特記 ()						
		座位	1自立	2見守り	3一部介助	4全介助	5本動作なし	特記 ()						
		移動	1自立	2見守り	3一部介助	4全介助	5本動作なし	特記 ()						
		着脱	1自立	2見守り	3一部介助	4全介助	5本動作なし	特記 ()						
		入浴	1自立	2見守り	3一部介助	4全介助	5本動作なし	特記 ()						
		排尿	1自立	2見守り	3一部介助	4全介助	5本動作なし	特記 ()						
		排便	1自立	2見守り	3一部介助	4全介助	5本動作なし	特記 ()						
		歯磨き	1自立	2見守り	3一部介助	4全介助	5本動作なし	特記 ()						
		視力	正常・問題あり ()	聴力	正常・問題あり ()									
		嚥下	正常・問題あり ()	意思伝達	正常・問題あり ()									
		麻痺	有 (部位) ・ 無											
		障害老人の日常生活自立度	自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2											
認知症老人の日常生活自立度	自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・V・M													

6 生活支援	食事形態	主食＝ 常食 ・ 粥 ・ ミキサー食 ・ 胃ろうからの注入 / 副食＝ 常食 ・ きざみ食 ・ なめらか食 ・ ミキサー食 ・ 胃ろうからの注入		
	排泄	一般トイレ ・ Pトイレ ・ オムツ ・ リハパン ・ その他 ()	最終排便日	年 月 日
	入浴	一般浴 ・ シャワー浴 ・ 機械浴 ・ 清拭 ・ その他 ()	最終入浴日	年 月 日

7 入院中の病状と本人・家族への説明	入院中の経過			
	医師・看護師等から本人、家族への説明内容(余命、告知情報含む)			
	リハビリ内容や今後の指導等			
	認知能力の低下 問題行動	有 ・ 無 ※有の場合は下記に具体的な症状を記入		

8 退院後の処置や医療器械の使用	在宅で行う処置・使用する器械等(該当を○で囲む)			
	①在宅酸素 ・ ②膀胱留置 (Fr) ・ ③経鼻経管栄養 (Fr) ・ ④PEG (Fr)			
	⑤人工呼吸器 ・ ⑥人工肛門 ・ ⑦持続点滴 ・ ⑧褥瘡 ・ ⑨その他 ()			
	番号(上記①～⑨を記入) →		番号(上記①～⑨を記入) →	
	内容		内容	
	特記事項 (設定値・販売先等)		特記事項 (設定値・販売先等)	
	最終交換日	年 月 日	最終交換日	年 月 日
	処置を行う者	本人 ・ 家族 ・ その他 ()	処置を行う者	本人 ・ 家族 ・ その他 ()
	本人・家族への指導内容		本人・家族への指導内容	
	習熟度	理解している・おおむね理解している・理解していない	習熟度	理解している・おおむね理解している・理解していない

9 本人・家族の病気等に対する理解	病名（ ）について以下の説明を行った。※下記欄に内容
	理解できている ・ おおむね理解できている ・ 理解できていない ・ その他 ※下記に特記事項
	病気に対する本人や家族の理解
10 訪問看護へ	家族の在宅介護における心構え
	できている ・ おおむねできている ・ できていない ・ その他 ※下記に特記事項
	訪問看護に依頼したい内容

※最終検査データ・内服薬の処方書の添付又は記入をお願いします。（コピー可）

11 診療情報等	
-------------	--