

退院調整時の聞き取りシート

担当ケアマネ ()

氏名				生年月日	年	月	日	年齢	歳	性別	
面談日時	年	月	日	時	分	～	時	分	場所		
面談者				病院の連絡窓口(所属)							
入院の原因となった病名											
合併症				入院日	年	月	日	退院予定日	年	月	日 頃
病院主治医				在宅主治医							
入院の経過・病院からの患者・家族への病状の説明内容と患者・家族の受け止め方、患者・家族の今後の希望								家族構成とキーパーソン			
								キーパーソン連絡先			
ADL	自立	見守り	一部介助	全介助	病棟での様子						
移動方法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ストレッチャー <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 杖使用 <input type="checkbox"/> 歩行器使用 <input type="checkbox"/> 装具・補助具使用						
移乗方法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
口腔清潔	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	義歯： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無						
食 事	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 治療食(Kcal <input type="checkbox"/> 糖尿病食 <input type="checkbox"/> 高血圧食 <input type="checkbox"/> 腎臓病食 <input type="checkbox"/> その他)						
					<input type="checkbox"/> 経管栄養(<input type="checkbox"/> 鼻腔 <input type="checkbox"/> 胃ろう) <input type="checkbox"/> IHV						
					主食： <input type="checkbox"/> 米 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> ミキサー (摂取量 割)						
					副食： <input type="checkbox"/> 通常 <input type="checkbox"/> 一口大 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> 極小刻 <input type="checkbox"/> ミキサー (<input type="checkbox"/> ところみ付) (摂取量 割)						
					水分摂取量：1日 ml ところみ剤使用 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 塩分制限量：1日 g						
更衣	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	嚥下機能： <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり 座位保持： <input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 不可能						
入浴	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	入浴の制限： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (<input type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> 清拭 <input type="checkbox"/> その他)						
排泄	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	場所： <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> オムツ						
服薬管理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 持参薬 <input type="checkbox"/> 処方薬 <input type="checkbox"/> 塗布薬 薬の内()						
療養上の問題	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	(<input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 不穏 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 記憶障害 <input type="checkbox"/> 危険行為 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 意思疎通困 <input type="checkbox"/> その他 ())									
医療処置	<input type="checkbox"/> バルーンカテーテル <input type="checkbox"/> ストマ <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 床ずれ <input type="checkbox"/> インスリン <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> その他()										
感染症	<input type="checkbox"/> HBV <input type="checkbox"/> HCV <input type="checkbox"/> MRSA： <input type="checkbox"/> 保菌 <input type="checkbox"/> 発症 (部位 <input type="checkbox"/> 痰 <input type="checkbox"/> 血液 <input type="checkbox"/> 尿 <input type="checkbox"/> 創部) <input type="checkbox"/> その他										
介護保険の申請	<input type="checkbox"/> 有 (介護度：) <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 区分変更中										
家族への介護指導	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (有の場合、理解の状況は <input type="checkbox"/> 十分 <input type="checkbox"/> 不十分 (問題点：)) 家族の介護力： <input type="checkbox"/> 有 (続柄：) <input type="checkbox"/> 無 <具体的内容>										
リハビリ (リハビリから確認)	目標： 内容： 退院後のリハビリの必要性： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無										
退院先について	本人の意向 <input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 施設 家族の意向 <input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 施設 在宅の場合 住宅改修： <input type="checkbox"/> 要 () <input type="checkbox"/> 否 福祉用具： <input type="checkbox"/> 要 () <input type="checkbox"/> 否										
次回受診日	年	月	日 ()	:	カンファレンスの有無 (回)						
備考欄											