

## 退院時情報提供書 ①

※            は、記入の必須項目 令和    年    月    日

**【情報提供元】**

医療機関名	
所属氏名	
電話番号	

フリガナ				性別	
患者氏名					
生年月日				年齢	歳
電話番号					
入院期間	入院日 令和    年    月    日 ～ 退院(予定) 令和    年    月    日				

	入院中の状況	特記事項
病名		
入院経過		
入院中の経過		
移動	自立・一部介助・介助・その他 (            ) (見守り・手引き・杖・歩行器・シルバーカー・車椅子)	
食事	自立・一部介助・介助・その他 (            ) (ペースト・刻み・ソフト食・普通・経管栄養)	
排泄	自立・見守り・介助 オムツ (無・常時・夜間のみ)	
入浴	自立・一部介助・介助・不可 シャワー浴・清拭	
服薬	自立・一部介助・介助・その他 (            )	
服薬内容		
医療処置	バルーンカテーテル・ストマ・気管切開・褥瘡 ・喀痰吸引・胃ろう・その他 (            )	
療養上の課題	無・有 (幻視・幻覚・興奮・不穏・妄想・暴力・昼夜逆転・不眠・徘徊・危険行為・不潔行為・意思疎通困難)	
その他	(感染症、アレルギー等を含む)	

退院時情報提供書 ①

※            は、記入の必須項目

令和〇〇年〇〇月〇〇日

【情報提供元】

記入例

医療機関名	〇〇病院
所属氏名	病棟看護師 〇〇 〇〇
電話番号	0146-00-0000

フリガナ	シズナイ タロウ	性別	男
患者氏名	静内 太郎	年齢	〇 歳
生年月日	〇年〇月〇日生		
経済状況	国民年金と厚生年金		
電話番号	0146-01-2345		
入院期間	入院日 令和〇〇年〇〇月〇〇日 ~ 退院(予定) 令和〇〇年〇〇月〇〇日		

	入院中の状況	特記事項
病名	左下肢静脈血栓症 (入院となった病名) (既往歴を書いても可)	〇年〇月〇日同症状にて入院歴あり
入院経過	〇年〇月〇日、自宅で下肢に力が入らず救急搬送にて当院へ上記疾病にて入院となる。	在宅時での注意点を必ず記載
入院経過	両下肢に力が入らず、立位不可。車椅子を他者が押し、移動している。リハビリは高齢により本人、家族ともに希望していないため現状維持。	入院時に比べ歩行能力の低下があり、在宅の移動時に介助を要する。
移動	自立・一部介助・ <b>介助</b> ・その他 ( ) (見守り・手引き・杖・歩行器・シルバーカー・ <b>車椅子</b> )	車椅子を介助員が押し、移動している。
食事	<b>自立</b> 一部介助・介助・その他 ( ) (ペースト・ <b>刻み</b> ・ソフト食・普通・経管栄養)	普通食にて何度か試みたが誤嚥有、とろみ使用
排泄	自立・見守り・ <b>介助</b> <b>オムツ</b> (無・ <b>常時</b> ・夜間のみ)	下肢筋力の低下により常時オムツ使用介助を要する。
入浴	自立・一部 <b>介助</b> ・介助・不可 シャワー浴・清拭	浴室内は、手すりに掴まっているので支持する物が必要
服薬	自立・一部 <b>介助</b> ・介助・その他 ( )	服薬カレンダーにセット必要
服薬内容	・眠剤 <b>デパス</b> 就寝前	入院中の処方薬は必ず記載 若しくは別紙薬情添付
医療処置	バルーンカテーテル・ストマ・ <b>気管切開</b> ・褥瘡 ・喀痰吸引・胃ろう・その他 ( )	
療養上の問題	無・ <b>有</b> (幻視・ <b>幻覚</b> ・興奮・不穏・妄想・暴力・昼夜逆転・不眠・徘徊・危険行為・不潔行為・意思疎通困難)	入院中、幻覚有 (現在は消失)
その他	(感染症、アレルギー等を含む)	C型肝炎