

退院情報記録書

(面談日) 令和 年 月 日

情報提供元医療機関	(主治医名:)	電話番号
ふりがな		性別 男性 ・ 女性
利用者氏名		生年月日 (明・大・昭) 年 月 日 (歳)
入院期間	入院日 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日	
要介護度	要介護・要支援 ()	申請中

	入院中の状況	特記事項
疾病の状態	主病名:	(感染症・服薬の注意事項等)
	主症状:	
	主な既往歴:	
食事	自立 ・ 一部介助 ・ 介助	(食事制限の有無等)
	(ペースト・刻み・ソフト食・とろみ・普通)	
服薬状況	自立 ・ 一部介助 ・ 介助	
口腔ケア	自立 ・ 一部介助 ・ 介助	
移動	自立 ・ 一部介助 ・ 介助	(独自の方法・転倒危険等)
	(見守り・手引き・杖・補装具())	
入浴	自立 ・ 一部介助 ・ 介助 ・ 不可(シャワー・清拭) 最終入浴日 令和 年 月 日	
排泄	自立 ・ 見守り ・ 介助 / オムツ(常時・夜間のみ) 最終排便日 令和 年 月 日 時	
夜間の状態	良眠 ・ 不眠(状態:)	
認知・精神面	状態:	
リハビリ等	実施(有 無) リハビリ評価表(有 無)	
身体状況	良好 ・ 麻痺・筋力低下・褥瘡の有 無(場所: 大きさ: ×) ・ 皮膚疾患の有 無	
医療的ケアの有無	1. ストーマ 2. 褥瘡 3. 在宅酸素 4. 透析 5. 点滴/注射() 6. カテーテル() 7. 経管栄養() 8. 訪問看護利用中 9. その他()	
療養上の留意事項	※今後の通院予定(通院先)はこちらに記入してください。	

情報提供者 職・氏名(サイン)		担当介護支援 専門員 氏名	
--------------------	--	------------------	--