

# 記入マニュアル

作成日 平成 年 月 日

氏名	性別	年齢
入院期間	要介護度	未申請・再申請中・新規申請中・非該当 要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5
病名	身長	体重
入院中の経過:		
家族構成	既往歴	(本人)病気のとらえ方と在宅療養に関する意向 コミュニケーション(不・可) ツール(言語・筆談・ジェスチャー・他) (家族)病気のとらえ方と在宅療養に関する意向
キーパーソン:		
連絡先:		
入院中の状況		在宅療養上の留意事項
栄養	食事	自立・見守り・一部介助・全介助 食事内容: 一般食・特別食( ) 主食(常食・粥・ペースト) Kcal g 副食(普通・ソフト食・刻み・ペースト) とろみ: なし・あり( ) 方法 経口・経管栄養(鼻腔・胃ろう・腸ろう)・輸液 嚥下: 良・不良 咀嚼状況: 良・不良
	排泄	カテーテル:(尿道・膀胱ろう・腎ろう) 導尿: 時間毎 サイズ: Fr 最終交換日 排便状況:( 日1回) 排便コントロール: 不要・要 失禁 なし・あり( ) 便秘薬使用状況: オムツ・リハビリパンツ:(常時・夜間のみ)
	入浴	清潔 自立・一部介助・全介助・行っていない 方法 一般浴・シャワー浴・機械浴・清拭 体温:( 度)以上中止 血圧:( mmHg)以上・( mmHg)以下中止
移動	方法	独歩・杖・シルバーカー・歩行器・車椅子 リハビリの内容:
	歩行	自立・見守り・一部介助・全介助
夜間の状態	移乗	自立・見守り・一部介助・全介助 運動制限: なし・あり( )
	不眠	良眠・不眠(状態: ) 不眠時対応:
認知精神面*	睡眠薬	なし・ときどき・常用
	認知症高齢者の日常生活自立度: 自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M 認知症状: 記憶障害・幻覚・妄想・昼夜逆転・介護への抵抗・ 障害高齢者の日常生活自立度: 自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2 暴言・暴力・不潔行為・徘徊・その他 精神状態(疾患): なし・あり( )	
褥瘡*	部位	Id Ie Is Ij Ig In Ip 体圧分散マット: 不要・要 マットの種類:( )
	部位	Id Ie Is Ij Ig In Ip 体位変換: 不要・要 ( )
	部位	Id Ie Is Ij Ig In Ip
口腔清潔	自立・見守り・一部介助・全介助	口腔の痛み: なし・あり( ) 義歯: なし・あり( )
感染症の有無	なし・あり( )	退院後必要な福祉用具
医療的処置の有無	なし あり	インスリン注射:(自己注射: 可・不可 回数: 回) 在宅酸素 人工呼吸器 非浸襲的人工呼吸器:(使用状況: 常時・夜間のみ・昼のみ) 中心静脈栄養 喀痰吸引(回数: 回) 気管切開カニューレ挿入 人工肛門 疼痛管理
その他		

## 記載時の注意点など

出来る限り、略語は使わず記載する。

特にがん終末期や予後不良状態の方の退院は次のようなことも記載する。①医師からどのような病状説明がされているか ②最期の時の迎え方 ③退院後の通院先

家族構成は図にて表現する。  
○女性 □男性(本人は二重表記) 死亡は●■ 同居は囲む

家族背景も気になることは記載する。  
例) 日中独居 別居の子供たちの住居区 介護力など

入院中の状況で、「一部介助」の場合は、どの程度の介助を要するのか言葉で表現する。スペースもしくは、下記のその他へ記載

嚥下状態や痰がある場合は排痰の状況など記載する。  
例) 吸引回数や時間帯 自己喀出の有無など

最終排便日を記載する。

胃ろうの次回交換日などを記載する。

退院後の入浴サービスの利用時に参考になるため、医師に確認す

リハビリ継続が望ましい時は、リハビリスタッフにも情報提供書作成を依頼する。

添付資料を参考に記入する。

医療的処置について、ここだけで情報提供が困難な場合は別紙に詳細記入する。(看護サマリーなど)

その他に今後在宅介護時に役に立つと思われる情報を記載する。

患者情報を有効的に活用し共有するために、このシートのみでは不十分と思われる場合は、看護サマ

記載者と受持ち看護師が異なる場合は、受持ち看護師名も記載する。

情報提供元の医療機関名: ○○病院  
所属

記載者氏名:

責任者氏名:

私は「入退院共通連携シート」の目的について説明を受け理解した上で利用することに同意します。

署名(代筆): ○△ △○