

退院後の生活支援に関する確認シート(記入例)

※本シートは、施設側が生活支援に必要な情報を確認するためのものです。退院前カンファレンスや電話連絡等で情報収集を行う際にご利用ください。

利用者氏名		退院予定日	年	月	日
入院先病院		記入者			

1. 今回の入院理由・退院後に特に注意が必要な点

疾患名
入院理由・入院経過: *簡単に* 例)肺炎で入院、抗菌剤で改善
退院後に最も注意が必要な点: 例)夜間不穏あり、転倒リスクあり

2. 食事・水分・排泄・移動・入浴について

食事: ☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助 注意点: 例)自力摂取途中で疲れて介助が必要	水分: ☐ 制限なし ☐ 制限あり(ml/日) 注意点:
食事形態: とろみ: ☐ 不要 ☐ 薄い ☐ 中間 ☐ 濃い 注意点: 例)むせ込み注意、食後30分座位保持	入浴: ☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助 注意点:
排泄: ☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助 ☐ トイレ ☐ ポータブル ☐ オムツ ☐ 便秘 ☐ 下痢 最終排便日 注意点: 例)日中トイレ介助、夜間オムツ内失禁	移動: ☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助 ☐ 杖 ☐ 歩行器 ☐ 車椅子 注意点: 車椅子自走します
転倒リスク: ☐ 低い ☐ 注意 ☐ 高い 注意する場面: 例)尿意があると一人で動きます 対策: 例)夜間や介護者が少ない時間帯はセンサー必要	認知機能: ☐ 問題なし ☐ 軽度 ☐ 中等度 ☐ 重度 意思疎通: ☐ 可 ☐ やや困難 ☐ 困難 行動心理症状: ☐ 無 ☐ 有 夜間幻覚症状時々あり 本人への声かけ・関わり方の注意点: 例)急がせると興奮します

3. 服薬に関する確認事項

退院後の薬の変更: ☐ なし ☐ あり(新規・変更・中止:) 服薬管理: ☐ 自己管理 ☐ 見守り ☐ 不可 注意点: 例)内服薬は粉にして、内服用ゼリーで服薬介助

4. リハビリについて

施設で継続できるリハビリメニュー:
禁忌動作:

5. 医療職へ連絡する目安

早めに相談する状態: ☐ 発熱が続く ☐ 食事・水分が入らない ☐ 咳・痰が多く、ゴロゴロいう ☐ 息苦しい ☐ 爪や唇の色が悪い ☐ 転倒 ☐ 意識がぼんやりしている ☐ 強い痛み ☐ 尿量が少ない ☐ 尿の色が異常 ☐ むくみが増強 ☐ 嘔吐や下痢が続く ☐ その他
その他

退院後の生活支援に関する確認シート

※本シートは、施設側が生活支援に必要な情報を確認するためのものです。退院前カンファレンスや電話連絡等で情報収集を行う際にご利用ください。

利用者氏名		退院予定日	年 月 日
入院先病院		記入者	

1. 今回の入院理由・退院後に特に注意が必要な点

疾患名
入院理由・入院経過:
退院後に最も注意が必要な点:

2. 食事・水分・排泄・移動・入浴について

食事: ☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助 注意点:	水分: ☐ 制限なし ☐ 制限あり(ml/日) 注意点:
食事形態: とろみ: ☐ 不要 ☐ 薄い ☐ 中間 ☐ 濃い 注意点:	入浴: ☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助 注意点:
排泄: ☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助 ☐ トイレ ☐ ポータブル ☐ オムツ ☐ 便秘 ☐ 下痢 最終排便日 注意点:	移動: ☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助 ☐ 杖 ☐ 歩行器 ☐ 車椅子 注意点:
転倒リスク: ☐ 低い ☐ 注意 ☐ 高い 注意する場面: 対策:	認知機能: ☐ 問題なし ☐ 軽度 ☐ 中等度 ☐ 重度 意思疎通: ☐ 可 ☐ やや困難 ☐ 困難 行動心理症状: ☐ 無 ☐ 有 本人への声かけ・関わり方の注意点:

3. 服薬に関する確認事項

退院後の薬の変更: ☐ なし ☐ あり(新規・変更・中止:)
服薬管理: ☐ 自己管理 ☐ 見守り ☐ 不可
注意点:

4. リハビリについて

施設で継続できるリハビリメニュー:
禁忌動作:

5. 医療職へ連絡する目安

早めに相談する状態: ☐ 発熱が続く ☐ 食事・水分が入らない ☐ 咳・痰が多く、ゴロゴロいう ☐ 息苦しい ☐ 爪や唇の色が悪い ☐ 転倒 ☐ 意識がぼんやりしている ☐ 強い痛み ☐ 尿量が少ない ☐ 尿の色が異常 ☐ むくみが増強 ☐ 嘔吐や下痢が続く ☐ その他
その他