

## 退居時情報提供書

医療機関名：  
ご担当者名：施設名：  
担当者名：  
TEL： FAX：

利用者(患者)/家族の同意に基づき、\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日時点の施設生活における利用者情報(身体・生活機能など)を送付します。是非ご活用下さい。

## 1. 利用者(患者)基本情報について

氏名	(フリガナ)	生年月日	西暦	年	月	日生
退居時の要介護度	<input type="checkbox"/> 要支援 ( ) <input type="checkbox"/> 要介護 ( ) 有効期間： 年 月 日 ~ 年 月 日 <input type="checkbox"/> 申請中(申請日 / ) <input type="checkbox"/> 区分変更(申請日 / ) <input type="checkbox"/> 未申請					
障害高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2		認知症高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M		
介護保険の自己負担割合	<input type="checkbox"/> ____割 <input type="checkbox"/> 不明		障害手帳の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(身体・精神・知的)		
年金などの種類	<input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> その他( )					

## 2. 家族連絡先について

主介護者氏名	(続柄・才)	(同居・別居)	電話番号	
意思決定支援者(代諾者)	(続柄・才)	(同居・別居)	電話番号	

## 3. 意思疎通について

視力	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難あり <input type="checkbox"/> 困難	意思疎通	<input type="checkbox"/> 会話に支障がない <input type="checkbox"/> 複雑な会話はできないが、普通に会話はできる <input type="checkbox"/> 普通に会話はできないが、具体的な欲求を伝えることはできる <input type="checkbox"/> 会話が成り立たないが、発語はある <input type="checkbox"/> 発語がなく、無言である
聴力	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難あり <input type="checkbox"/> 困難		
眼鏡	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		
補聴器	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		

## 4. 口腔・栄養について

摂食方法	<input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 静脈栄養	食物アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( )
摂食嚥下機能障害	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	水分(とろみ)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( <input type="checkbox"/> 薄い・ <input type="checkbox"/> 中間・ <input type="checkbox"/> 濃い )
食形態(主食)	<input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 軟飯 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> その他( )	食形態(副食)	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 軟菜 <input type="checkbox"/> その他( )
義歯使用	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( <input type="checkbox"/> 部分・ <input type="checkbox"/> 総 )	左右両方の奥歯でしっかりかみしめられる	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない
歯の汚れ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	歯肉の腫れ、出血	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( )
特記事項			

## 5. お薬について ※必要に応じて、「お薬手帳(コピー)」を添付

内服薬	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	居宅療養管理指導	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(職種： )
薬剤管理	<input type="checkbox"/> 自己管理 <input type="checkbox"/> 自己管理以外(管理方法： )		
服薬介助	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助(介助内容： )		<input type="checkbox"/> 全介助
薬剤アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( )	特記事項	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( )

## 6. 人生の最終段階における医療・ケアに関する情報

※本人の意思は変わりうるものであり、本記載が最新の意向を反映しているとは限らないため、常に最新の意向の確認が必要であることについて十分に留意すること

意向の話し合い	<input type="checkbox"/> 本人・家族等との話し合いを実施している(最終実施日： 年 月 ) <input type="checkbox"/> 話し合いを実施していない ( <input type="checkbox"/> 本人からの話し合いの希望がない <input type="checkbox"/> それ以外 )
---------	---

※本人・家族等との話し合いを実施している場合のみ記載

本人・家族の意向	<input type="checkbox"/> 下記をご参照ください <input type="checkbox"/> 別紙参照(入所中に記載した書類等： )
話し合いへの参加者	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族(氏名： 続柄： ) (氏名： 続柄： ) <input type="checkbox"/> 医療・ケアチーム <input type="checkbox"/> その他( )
医療・ケアに関して本人または本人・家族等と医療・ケアチームで話し合った内容	
その他	上記の他、人生の最終段階における医療・ケアに関する情報で医療機関と共有したい内容

**7. 退居前の身体・生活機能の状況／療養生活上の課題について**

麻痺の状況	<input type="checkbox"/> 右 upper 肢	<input type="checkbox"/> 左 upper 肢	<input type="checkbox"/> 右 lower 肢	<input type="checkbox"/> 左 lower 肢	褥瘡等の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (部位・深度・大きさ等)			
褥瘡等への対応	<input type="checkbox"/> エアーマット		<input type="checkbox"/> クッション		<input type="checkbox"/> 体位変換 ( 時間毎)	<input type="checkbox"/> その他 ( )			<input type="checkbox"/> なし
移乗	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	移動	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
移動 (屋外)	<input type="checkbox"/> 杖	<input type="checkbox"/> 歩行器	<input type="checkbox"/> 車椅子	<input type="checkbox"/> その他	移動 (屋内)	<input type="checkbox"/> 杖	<input type="checkbox"/> 歩行器	<input type="checkbox"/> 車椅子	<input type="checkbox"/> その他
食事	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	排泄	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
退居前のADL/IADL	同封の書類をご確認ください。 <input type="checkbox"/> アセスメントシート (フェイスシート) <input type="checkbox"/> その他 ( )								
ADL・IADLに関する直近2週間以内の変化	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり								
認知機能の状況	みまもりの必要性：日常生活で安全に過ごすためにどの程度ほかの人によるみまもりが必要か								
	<input type="checkbox"/> 見守ってもらうことなく過ごすことができる				<input type="checkbox"/> 1日1回様子を確認してもらえれば一人で過ごすことができる				
	<input type="checkbox"/> 半日程度であれば見守ってもらうことなく一人で過ごすことができる				<input type="checkbox"/> 30分程度ならみまもってもらわなくても一人で過ごすことができる				
	<input type="checkbox"/> 常にみまもりが必要である								
	見当識：現在の日付や場所等についてどの程度認識できるか								
<input type="checkbox"/> 年月日はわかる				<input type="checkbox"/> 年月日はわからないが、現在いる場所の種類はわかる					
<input type="checkbox"/> 場所の名称や種類はわからないが、その場にいる人が誰かわかる				<input type="checkbox"/> その場にいる人が誰かわからないが、自分の名前がわかる					
<input type="checkbox"/> 自分の名前がわからない									
近時記憶：身近なものを置いた場所を覚えているか									
<input type="checkbox"/> 常に覚えている				<input type="checkbox"/> たまに (週1回程度) 忘れることがあるが、考えることで思い出せる					
<input type="checkbox"/> 思い出せないこともあるが、きっかけがあれば自分で思い出すこともある				<input type="checkbox"/> きっかけがあっても、自分では置いた場所をほとんど思い出せない					
<input type="checkbox"/> 忘れたこと自体を認識していない									
遂行能力：テレビや電動ベッド等の電化製品を操作できるか									
<input type="checkbox"/> 自由に操作できる				<input type="checkbox"/> チャンネルの順送りなど普段している操作はできる					
<input type="checkbox"/> 操作間違いが多いが、操作方法を教えてもらえれば使える				<input type="checkbox"/> リモコンを認識しているが、リモコンの使い方が全くわからない					
<input type="checkbox"/> リモコンが何をするものかわからない									
過去半年間における入院	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明								
	<input type="checkbox"/> あり (頻度： <input type="checkbox"/> 0回 <input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 2回以上) (直近の入院理由： 期間：令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日)								

**8. 退居前の生活における介護/医療の状況、本人の関心等**

介護/医療の状況・本人の関心等	介護・医療サービスの利用状況、生活歴や趣味・嗜好等								
	同封の書類をご確認ください。 <input type="checkbox"/> 施設サービス計画(1)~(3) <input type="checkbox"/> アセスメントシート (フェイスシート) <input type="checkbox"/> その他 ( )								
	特記事項：								

**9. かかりつけ医について**

かかりつけ医療機関 1		かかりつけ医療機関 2	
医師名		医師名	
かかりつけ歯科医療機関		かかりつけ薬局	
歯科医師名			

**10. カンファレンス等について (ケアマネジャー、支援相談員等からの希望)**

「退院前カンファレンス」への参加	<input type="checkbox"/> 希望あり								
	具体的な要望 ( )								