

【医療機関の関係者様へ】退院時には情報提供ありがとうございました。貴病院退院後概ね1ヶ月～2ヶ月後の生活期での様子を提供いたします。医療機関と介護事業所との情報交換が活発に実施され、今後の引継ぎがより良く行える事を目的とした状況提供シートです。

## 生活状況提供シート 【記入例】

FAX送信の時は個人が特定出来ないよう配慮します	<b>退院年月日</b> ○○年 3月 31日		居宅事業所名		○○居宅介護支援事業所	
	氏名 ○○ △△		電話：082-×××-×××× FAX：082-×××-×××○		担当ケアマネジャー ○○ △△	
お薬	服薬・管理等問題 <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり					
	状況・理由 ( 朝朝食を一緒に食べることがあり朝昼の薬が一緒になることがある。夫も声掛けを忘れることあり。 )					
通院	<input checked="" type="checkbox"/> 定期的に診察を受けている <input type="checkbox"/> 時々受けている <input type="checkbox"/> 受けていない <input checked="" type="checkbox"/> 訪問診療 ( 医科 ・ <u>歯科</u> ・ 薬剤 )					
状態	口 腔	歯科受診： <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 口腔ケアについて： ( 夫が声掛けを行っている。 )				
	食 事	<input checked="" type="checkbox"/> 食べている <input type="checkbox"/> 食べられなくなった (理由： ) 形態：主食 ( 米飯 ) 副食 ( 通常【少し食べやすいように切っている】 ) むせ： <input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし				
	体 重	退院時 ( 50 ) kg	⇒ 現在 ( 52 ) kg	身長	155 cm	BMI = 23.1
生活の状況	居住地		<input checked="" type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 入所 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> その他 ( )			
	介護サービスの利用状況		リハビリ開始日：4月 4日 ( <u>介護保険</u> ・ 医療保険 )			
			<input checked="" type="checkbox"/> 通所リハビリ (デイケア) 3回/週 <input type="checkbox"/> 通所介護 (デイサービス) 回/週			
			<input checked="" type="checkbox"/> 訪問リハビリ 1回/週 <input type="checkbox"/> 訪問看護 回/週 <input checked="" type="checkbox"/> 訪問介護 3回/週			
			<input type="checkbox"/> 訪問入浴 回/週 <input type="checkbox"/> ショートステイの利用 <input type="checkbox"/> その他 ( )			
			<input checked="" type="checkbox"/> 福祉用具貸与 ( <input checked="" type="checkbox"/> ベッド <input type="checkbox"/> 車椅子 <input checked="" type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 手すり <input type="checkbox"/> スロープ )			
	退院以降のサービスの変更 (例：訪問リハ⇒通所リハ、訪問リハ1/w⇒2/w、退院後 通所介護追加 等) ・ 退院後 訪問リハ追加 訪問介護2/w⇒3/w					
	目的・理由 ( 訪問リハは自宅での入浴動作の確認。訪問介護は食事作りの支援のため。 )					
	サービス利用の様子 ( リハビリへの拒否もなく、頑張っている )					
	住宅改修・福祉用具状況		病院の指導で住宅改修： <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ( ありの場合： <input checked="" type="checkbox"/> 役立っている <input checked="" type="checkbox"/> 役立っていない )			
病院の指導で福祉用具： <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ( ありの場合： <input checked="" type="checkbox"/> 役立っている <input type="checkbox"/> 役立っていない )						
役立っている・いない 理由 ( 玄関への手すりの設置については使用されている。廊下の手すり設置したが特に使用していない状況 ) ( 歩行器の選定については、歩き方や姿勢等の助言がもらえて、本人は現在も気を付けている。 )						
改修内容： <input checked="" type="checkbox"/> 手すり <input type="checkbox"/> 段差変更 <input type="checkbox"/> 床の変更 <input type="checkbox"/> 扉の変更 <input type="checkbox"/> 便器の変更						
転倒の有無		<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 時々転倒する <input type="checkbox"/> 頻繁に転倒する (どこで： )				
ADL等の変化： <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり ありの場合、変化した内容 ( 自宅での入浴が自分で洗身できるようになり、指示し見守り程度になった。 ) その原因 ( 自宅で取り組める運動を教えてもらい、積極的に取り組まれたため。 )						
家族介護者などの状況		<input checked="" type="checkbox"/> 問題なく介護している <input type="checkbox"/> 介護負担が強く疲労している <input type="checkbox"/> 独居・協力者がいない 状 況： 夫の介護負担は見えるが、長男夫婦や長女も協力的に支援してくれている。				
本人の生活状況の変化： 運動への意欲と口腔内の調整ができており、食事でも食べやすくなり体重も少し増えた。筋力もついてきたと本人も言われ、自信につながっている。						
★在宅側の専門職 (主治医・歯科医師・薬剤師・リハ職・サービス事業所等) からの意見 △△歯科 (訪問歯科) ・○○先生より：入院中にSTの訓練もあり、退院後も情報をいただいたことで、在宅に戻っての支援 (治療) も継続できている。口腔ケアの必要性も感じてもらえている。 ○○デイケア・□□療法士より：入院中のリハビリ内容を教えていただいたことで、在宅に戻られての個別プログラムを考えていく参考になりました。						
その他伝達事項 (気づき・要望・意見・質問など自由記載) 服薬について入院中に調整をしてもらいましたが、まだ在宅に戻っても薬の飲み忘れが時々あるようです。また服薬について相談させていただきますようお願い致します。						

添付資料： ・居宅サービス計画書  有  無 ・リハビリテーション実施計画書等  有  無 ・その他書類  有  無

報告日 ○○年 5月 22日