

平成 31 年 1 月 18 日
練馬区地域医療課

退院連携ガイドラインの検証に関する報告

1 モニタリング期間 平成 30 年 7 月～12 月

2 協力機関

病院	4
診療所	8
訪問看護ステーション	26
居宅介護支援事業所	67
合計	105

3 退院連携ガイドラインの検証方法

①モニタリングシートによる評価（別紙 1）

入院から退院までの情報共有をどの程度行うことができたかを確認する

②アンケートによる調査（別紙 2）

ガイドラインの使用に関する評価および改善点などの意見を収集する

4 モニタリング件数

総件数：59 件

うち集計対象数：55 件（病院 47 件、訪看 4 件、居宅 4 件）

（モニタリング対象病院以外との連携について記入されている場合を除外）

職種ごとの回答数：

- ・病院：医師 28 件、看護師 28 件、連携室 31 件
- ・在宅：医師 0 件、看護師 4 件、CM4 件

5 結果

①モニタリングシートによる評価

- ・入院前および入院時のケアマネジャーからの情報提供と病棟看護師とケアマネジャーの情報共有は、ほぼ実施することができていた。

- ・ 退院前カンファレンスの日程調整と参加、カンファレンスの議事録の共有については、ケアマネジャーとはほぼ連携をとることができていたが、訪問看護とは日程調整がうまくいかず、カンファレンスに参加できていなかった。
- ・ 診療情報提供および看護サマリーはほぼ、共有することができていた。

②アンケートによる調査

- ・ モニタリング数は少なかったが、使用については、多くが「役立っていた」と回答した。
- ・ ガイドラインの改善点として、「転院情報の共有」、「病院窓口の一覧」を追加の要望あり。
- ・ 入院時情報提供書の練馬区統一書式を希望する声が多い。

6 ガイドラインの改善について

- ・ 転院情報の共有方法をガイドラインに追加する。(別紙3)
- ・ 病院窓口の一覧を作成する。(別紙4)
- ・ 入院時情報提供の練馬区統一書式の作成については検討が必要。
- ・ 今後、区内病院の入退院連携ガイドラインを作成する。

退院連携ガイドライン モニタリング結果

“○”の割合、括弧内は実数
有効n数

回答者の分類(病院/在宅)		病院			在宅			できなかった理由
		医師	看護師	連携室	医師	看護師	CM	
		28	28	31	0	4	4	
入院前	Q1 利用者や家族に入院時に担当ケアマネジャーの氏名と事業所名を入院先に医療機関に情報提供できるよう依頼できた(医療・介護連携シートの利用)						100% (4)	
							4	
入院中	Q2 必要に応じ看護サマリーを提供できた・受け取れた(光が丘病院のみ)		0			0		
	Q3 必要に応じ診療情報提供書を提供できた・受け取れた(光が丘病院のみ)	0			0			
	Q4 病院窓口が分かった				50% (2)	100% (4)		病院と連絡を取っていない(訪看)
	Q5 患者・家族から担当ケアマネジャーの情報を受け取っている		59% (16)	57% (17)				
	Q6 ケアマネジャーの情報を病院の担当者に提供している(入院時情報連携)	0	0	0	0	0	100% (5)	
	Q7 ・(必要に応じ)病棟看護師とケアマネジャーとで情報共有できた		87% (13)				100% (3)	必要がなかった(病院看護師)
	Q8 ・(必要に応じ)家屋調査の情報を共有できた(光が丘・大泉生協病院のみ)		50% (4)	10% (1)				
	Q9 ・事前に退院時期について情報共有できた	56% (14)	80% (20)	67% (20)	0	0	0	
	Q10 ・退院前カンファレンスの日程調整と参加者調整ができた	39% (9)	70% (16)	46% (12)	0	0%	100% (4)	カンファレンスが実施されなかった(病院医師、看護師、MSW、訪看、CM) ケアマネジャーから日時指定された(訪看)
	Q11 (必要に応じ)退院前カンファレンスに参加できた	59% (13)	73% (16)	36% (9)	0	0%	100% (4)	
	Q12 退院前カンファレンスの議事録の共有ができた(参加者のみ)	36% (8)	45% (10)	35% (9)	0	0%	75% (3)	参加者が各自でメモした(CM) ケアマネジャーから口頭で聞いた(訪看)
	退院後	Q13 在宅の多職種で診療情報提供書の共有ができた(大泉生協病院)	14% (1)			0	0%	67% (2)
Q14 在宅の多職種で看護サマリーの共有ができた					0	75% (3)	75% (3)	訪看からケサマリーが提供された(CM) 看護サマリーがなかった(訪看)
Q15 病院からの情報を在宅サービス業者に提供・共有できた							100% (4)	
Q16 (転院の場合)転院の情報共有されている				14% (2)				転院でなかったため(病院医師、看護師、MSW)

【結果のまとめ】

- ・入院前および入院時のケアマネジャーからの情報提供と病棟看護師とケアマネジャーの情報共有は、ほぼ実施することができていた。
- ・退院前カンファレンスの日程調整と参加、カンファレンスの議事録の共有については、ケアマネジャーとはほぼ連携をとることができていたが、訪問看護とは日程調整がうまくいかず、訪問看護はカンファレンスに参加できていなかった。
- ・診療情報提供および看護サマリーはほぼ、共有することができていた。

退院連携ガイドライン検証に関するアンケート調査結果

回答数・回収率

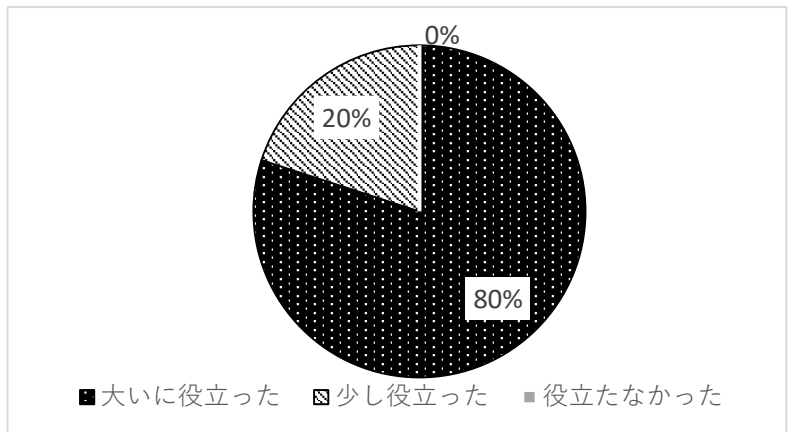
	診療所	訪看	居宅	合計
対象数	8	26	67	101
回答数	2	8	11	21
回収率	25.0%	30.8%	16.4%	20.8%
モニタリング数	0	1	4	
モニタリング以外での使用あり	0	0	5	

モニタリング結果

ガイドラインは役に立ったか

大いに役立った	4
少し役立った	1
役立たなかった	0

n=5



モニタリング以外での使用の結果

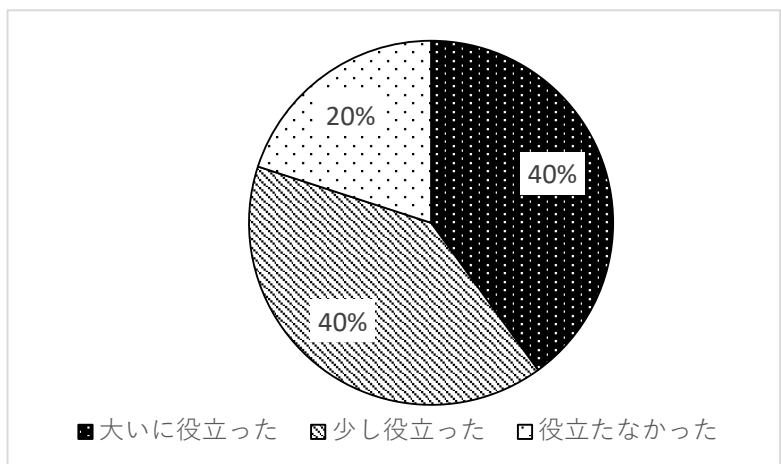
モニタリング以外での使用の有無

あり	5
なし	15

ガイドラインは役に立ったか

大いに役立った	2
少し役立った	2
役立たなかった	1

n=5



ガイドラインおよび入院時情報提供シート（サンプル）への意見

ガイドライン	
役に立ったところ	病院における作業内容の確認がしっかりできた。
	病院ごとの特色がわかった。
	窓口が分かった。
	普段行っていることの再確認ができた。
	全体の流れを把握することができた。
	新人職員がいるので、退院時の連携についてガイドラインを使用し、流れを教えることができた。
	在宅各サービスとの情報共有のために必要だった。
役に立たなかったところ	転院の連絡に関する記載がない。
改善点	病院窓口の一覧がほしい。
	ガイドラインを常に使えるよう試行していく必要がある。
	さらに簡素化できれば使いやすい。

入院時情報提供シート（サンプル）	
役に立ったところ	病院が求めている情報がわかった（連携シートの空欄があり、私の情報収集に何が不足しているか分かった）。
	病状だけでなく、本人に関心を持った内容で、“本人らしさ”を共有できた。
	最低限伝えなければいけない内容が網羅されているの、楽でした。
	退院前カンファレンスの内容をシートに記入することで再確認できた。
役に立たなかったところ	厚生労働省が出している書式を利用した。
改善点	住環境欄が必要。
	IADLの中でも買い物、調理、洗濯、掃除の欄が必要。
	練馬区共通書式が必要。
	地域の病院・クリニック等への周知が必要。
	利用していたサービスやカンファレンスへの出席希望の有無、ACPについての欄が必要。
	病院とのツールは統一し、足りない部分は別紙や口頭で良い。

入退院時の連携をスムーズに行うための課題と解決策

課題	解決策
帰宅後の受入れをスムーズにすることが必要	入院病院の方々には退院カンファレンス等へのお声掛け 病院とのカンファレンス 病状や家族の情報などの情報共有 入院中からかかわれる体制
病院側、事業者側双方欲している情報に若	
ACP、経済状況、キーパーソン等との関係性をわかりやすく丁寧に伝える必要がある	一般情報だけでなく、その利用者の特別な状況やACPについての情報提供
カンファレンスや訪問看護の依頼ないまま退院されてくること	顔の見える関係づく カンファレンスへの参加 それぞれの職種の役割分担が、お互い理解しており、全体で共有できていること 全体で共有できる場づくり
入院時のサマリー（ステーション独自）情報提供など、システムの違いがあるため文書作成に費やす時間が多い	入院直後からST側もカンファレンスに参加できる体制 ケアマネジャーがいることを知ってもらうこと 練馬区で統一書式があると良い お互いの情報を共有し、目標を共有する
医療者への苦手意識	医療者と介護者、多職種で交流する場は必要
医療側も利用者の生活まで考えが及ばない	医療者と介護者、多職種で交流する場は必要
病院のMSW等退院連携担当者の明確化	医師の指示がある前に担当者が決まっている 退院時には全員が在宅の様子を正確に想定できる状態でカンファレンスを使って、支援体制を具体的に決めることが必要 サマリーの充実 ご本人含めた退院前カンファレンス

モニタリングのまとめ

- ・モニタリング数は少なかったが、ガイドライン使用については、役立っていたと回答している。
- ・ガイドラインの改善点として、「転移情報の共有」、「病院窓口の一覧」を追加する必要がある。
- ・入院時情報提供書の練馬区統一書式を希望する声が多い。

退院連携ガイドライン（入院から退院までの連携方法）

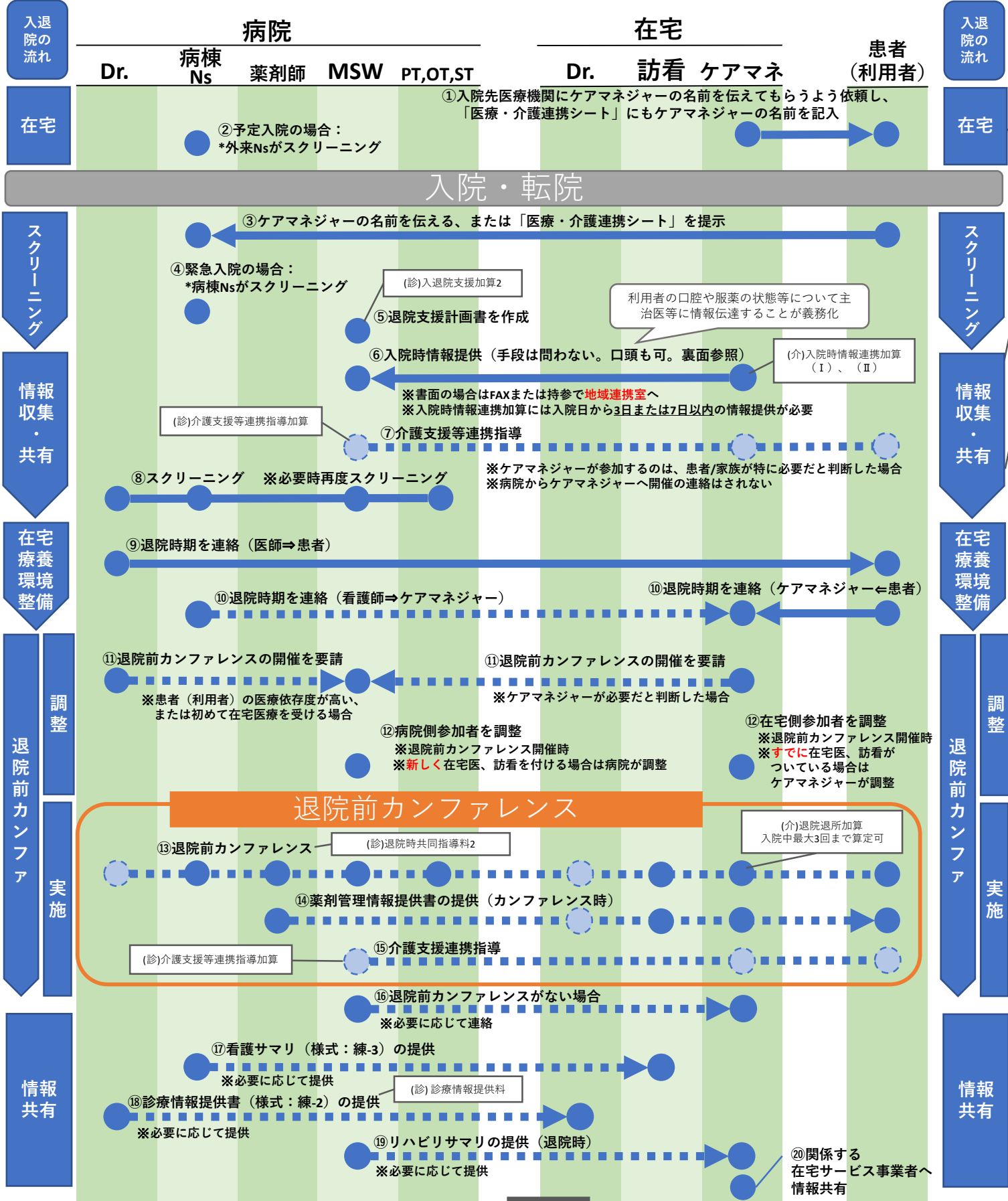
— 原則実施 ■ 必要に応じ実施

● 原則参加 ● 必要に応じ参加

□ 主な介護・診療報酬加算

情報共有には
本人/家族の同意が必要です

病棟の連携窓口：地域連携室
TEL・FAX: 03-5988-2309
*FAXでの情報提供時は利用者氏名を黒塗り



※病院ごとの特徴的な箇所は**太字**になっています
①ケアマネジャーは居宅介護支援を開始した際、ケアマネジャーの名前を入院先に伝えるように患者（利用者）に依頼します。「医療・介護連携シート」にもケアマネジャーの名前を記入します。

⑥担当ケアマネジャーは、患者（利用者）が病院へ入院した際は、できるだけ早い時期に入院時情報の提供を行う（※裏面参照）。入院時情報連携加算には、入院日から**3日または7日以内**に地域連携室に情報提供する必要があります。

⑨⑩病院医師から退院時期を知らされた患者（利用者）はケアマネジャーに連絡をします。ケアマネジャーは、退院時期が分かったら連絡をするように事前に患者（利用者）に伝えておきます。

⑪退院前カンファレンスの参加者は、医療・看護・介護依存別に下の表のように決まります。初めて在宅医療を受ける場合、または医療依存度が高い場合は病院医師、それ以外はケアマネジャーが開催を判断します。

◎：カンファレンス開催を要請する職種、○：原則参加必須、△：状況に応じて参加

	参加職種									
	病院					在宅				
	医師	看護師	MSW	薬剤師	(PT・OT・ST)リハ職	医師	訪問看護師	ケアマネジャー	必要な職種	その他
医療依存度：高	◎	○	○	○	○	○	○	◎		△
看護依存度：高	△	○	○	○	○	△	○	◎		△
介護依存度：高	△	○	○	○	○	△	△	◎		△

「退院退所加算」を3回算定する場合、病院から医師または看護師が**1名以上**、在宅側からは**以下から3名以上の出席**が必要です。診療所（医師、看護師、准看護師）、歯科診療所（歯科医師、歯科衛生士）、薬局（薬剤師）、訪看（看護師、PT、OT、ST）

⑫退院前カンファレンスの開催依頼を受けたMSWは病院側参加者を調整、在宅側の参加者はケアマネジャーが調整します。ケアマネジャーがいない患者（利用者）の場合は地域包括支援センターが在宅側の参加者を調整します。

⑬退院前カンファレンスの議事録は患者（利用者）のみに提供するので、ケアマネジャーは在宅チームへ伝える必要があることを記録します。

⑳退院後に患者（利用者）が在宅サービスを利用する場合は、ケアマネジャーが中心となって、病院から提供を受けた情報（退院前カンファレンスの議事録（内容のメモ）やMSWとの面談などで得た情報など）を関係する事業所へ共有します。

病院からケアマネジャーへ転院の連絡はないので、患者（利用者）・家族からケアマネジャーは情報を共有してもらいます。

入退院の流れ
在宅
スクリーニング
情報収集・共有
在宅療養環境整備
調整
退院前カンファ
実施
情報共有

入退院の流れ
在宅
スクリーニング
情報収集・共有
在宅療養環境整備
調整
退院前カンファ
実施
情報共有

■原則実施 ■必要に応じ実施

●原則参加 ●必要に応じ参加

□主な介護
診療報酬加算

退院連携ガイドライン（入院から退院までの連携方法）

練馬光が丘病院

情報共有には
本人/家族の同意が
必要です

病院の連携窓口：地域連携相談センター
TEL : 03-3979-3611 FAX: 03-3979-3860
*FAXでの情報提供時は利用者氏名を黒塗り

※病院ごとの特徴的な箇所は**太字**になっています

①ケアマネジャーは居宅介護支援を開始した際、ケアマネジャーの名前を入院先に伝えるように患者（利用者）に依頼します。「医療・介護連携シート」にもケアマネジャーの名前を記入します。

③担当ケアマネジャーは、患者（利用者）が病院へ入院した際は、できるだけ早い時期に入院時情報の提供を行う（※裏面参照）。入院時情報連携加算には、入院日から**3または7日以内**に地域連携相談センターへ情報提供する必要があります。

⑧状況に応じて、病院のリハビリ職が患者（利用者）の自宅へ訪問し家屋調査を行い、退院前カンファレンスで報告します。連絡がなかった場合はケアマネジャーも家屋調査に参加する場合があります。

⑨退院時期が決まり次第、患者（利用者）・家族は、ケアマネジャーに退院時期を連絡します。**退院時期が決まり次第連絡するように、ケアマネジャーは患者（利用者）に予め伝えておく必要があります。**

⑩患者（利用者）から退院時期の連絡があり次第、ケアマネジャーは病棟看護師から利用者の情報を収集します。

⑪病院からケアマネジャーへの退院前カンファレンス開催連絡時に、参加者の日程調整を担当者を調整します

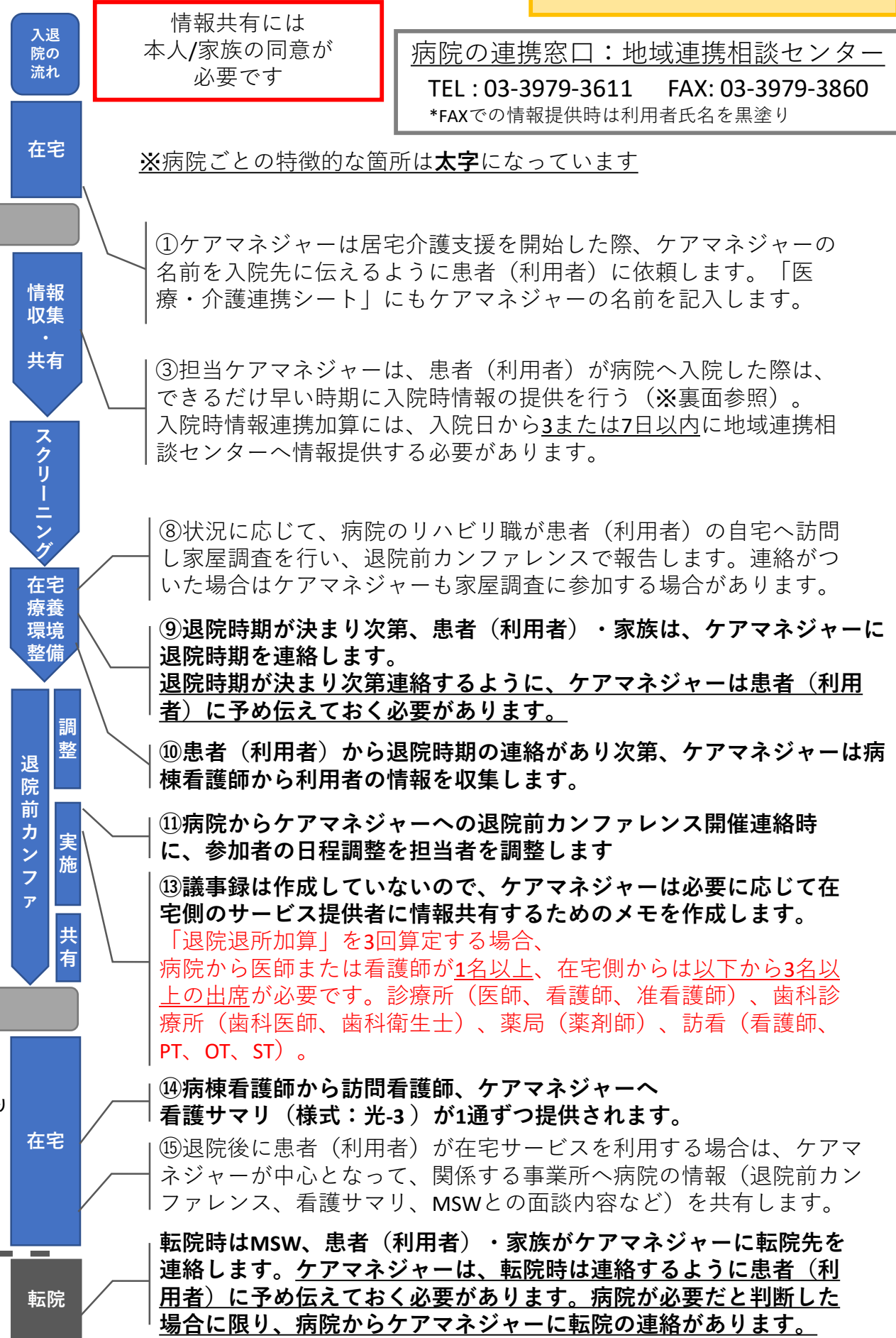
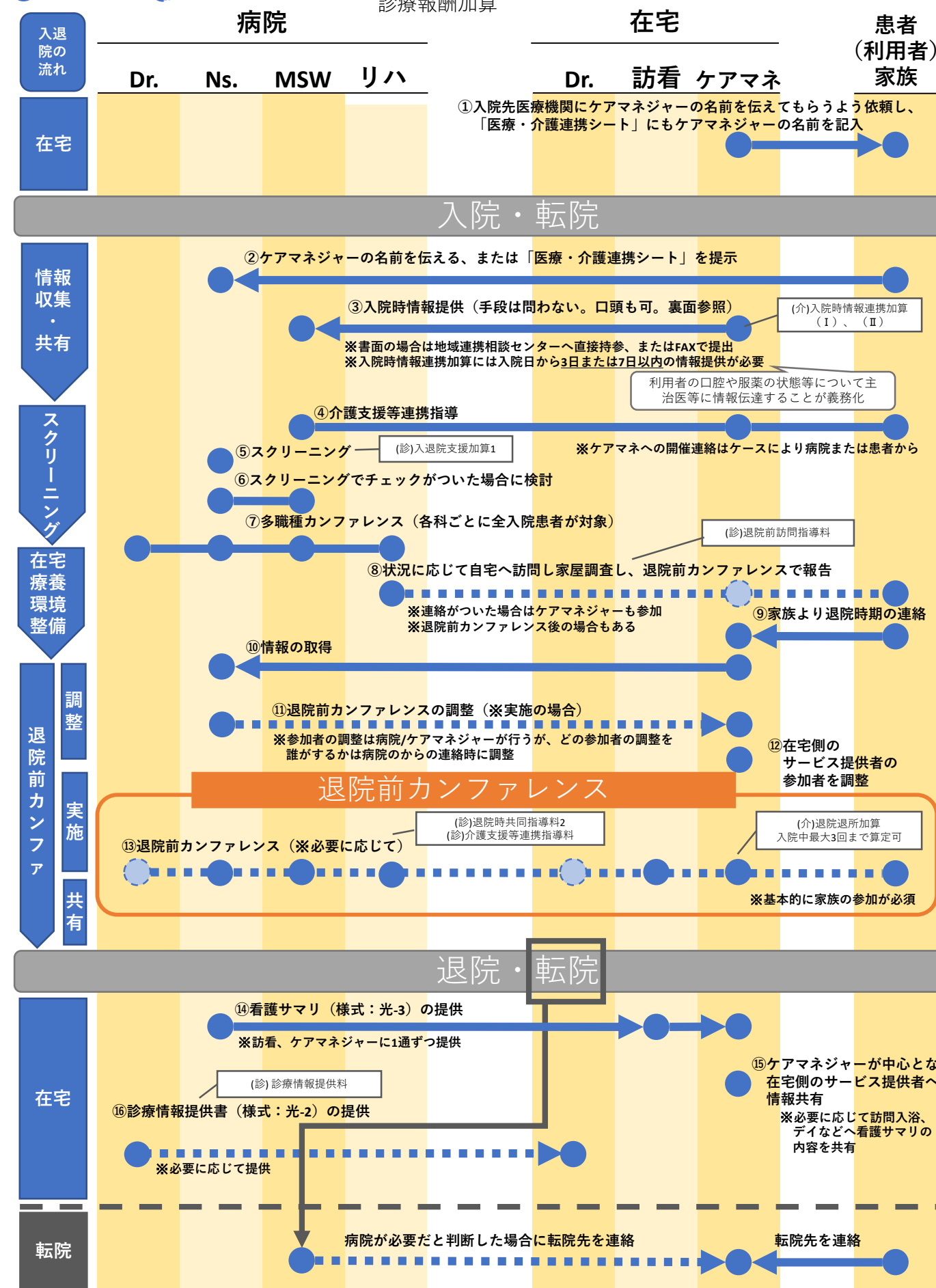
⑬議事録は作成していないので、ケアマネジャーは必要に応じて在宅側のサービス提供者に情報共有するためのメモを作成します。

「退院退所加算」を3回算定する場合、**病院から医師または看護師が1名以上、在宅側からは以下から3名以上の出席が必要です。**診療所（医師、看護師、准看護師）、歯科診療所（歯科医師、歯科衛生士）、薬局（薬剤師）、訪看（看護師、PT、OT、ST）。

⑭病棟看護師から訪問看護師、ケアマネジャーへ看護サマリ（様式：光-3）が1通ずつ提供されます。

⑮退院後に患者（利用者）が在宅サービスを利用する場合は、ケアマネジャーが中心となって、関係する事業所へ病院の情報（退院前カンファレンス、看護サマリ、MSWとの面談内容など）を共有します。

転院時はMSW、患者（利用者）・家族がケアマネジャーに転院先を連絡します。**ケアマネジャーは、転院時は連絡するように患者（利用者）に予め伝えておく必要があります。病院が必要だと判断した場合に限り、病院からケアマネジャーに転院の連絡があります。**



練馬光が丘病院が入院時に必要としている情報

(※必要とする情報はケースによって異なります。)

- ①要介護度
- ②障害等の認定
- ③A D L
(食事、口腔清潔、排泄、入浴、移動、更衣、夜間の状態、服薬管理)
- ④利用している介護サービス
- ⑤入所施設の申込の有無
- ⑥介護上注意すべきこと
- ⑦経済状況
- ⑧住環境
- ⑨経済状況
- ⑩家族状況 (家族構成、医療、介護へのこだわり、信仰等)
- ⑪本人家族の意向
- ⑫入退院上の留意点
- ⑬在宅復帰・退院を妨げる要因、権利擁護等
- ⑭かかりつけ医療機関

練馬光が丘病院の入院時情報提供書のサンプル

(練馬光が丘病院へ書面で情報提供する場合は必要に応じてこの様式も利用できます。)

(※必要に応じて国が提示している様式も利用して下さい。)

FAXの場合は地域連携室 03-3979-3860 持参の場合は地域連携室まで 入院時情報提供用紙 【居宅介護支援事業所など→病院】																			
練馬光が丘病院 御中 (提出日) 平成 年 月 日 (入院日) 平成 年 月 日																			
介護などの情報を提供いたします。入院中のケアや退院調整にご活用いただければ幸いです。																			
フリガナ	氏名										性別	生年月日							
氏名	様										男・女	年 月 日 歳							
利用者情報	要介護度	申請中	サービス事業対象者・要支援 (1・2)					障害などの認定					なし 身障 () 療育 ()						
	障害高齢者日常生活自立度	自立	J1	J2	A1	A2	B1	B2	C1	C2	認知症高齢者日常生活自立度	自立	I	IIa	IIb	IIIa	IIIb	IV	M
	食事	自立	見守り	要介助 介助内容:					口腔介護 /日 /週					□サービス利用なし					
	食形態	普通食	その他 形態:					口腔介護 /日 /週					□サービス利用なし						
	口腔清潔	自立	要介助	義歯:有・無 介助内容:					口腔介護 /日 /週					□サービス利用なし					
	排泄	自立	見守り	要介助 介助内容:					口腔介護 /日 /週					□サービス利用なし					
	排泄方法	トイレ	ボータブル おむつ					口腔介護 /日 /週					□サービス利用なし						
	入浴	自立	見守り	要介助 介助内容:					口腔介護 /日 /週					□サービス利用なし					
	入浴場所	自宅風呂	通所 訪問入浴					口腔介護 /日 /週					□サービス利用なし						
	移動	自立	見守り	要介助 介助内容:					□短期入所										
衣服の着脱	自立	見守り	要介助 介助内容:					□認知症対応型共同生活介護											
夜間の状態	良眠	不穏 状態:					□小規模多機能型居宅介護												
服薬管理	なし	良好	不適 状態:					□福祉用具貸与 ()											
入所施設の申し込み なしあり () 不明																			
介護上特に注意すべき点等 ※認知症の周辺症状と対応方法等																			
経済状況	国民年金・厚生年金・障害年金・生活保護・家族からの援助 その他・特記 () 1か月の収入の目安 () 円																		
住まい	住環境	戸建・集合住宅 階段 有 () 無 () エレベーター () 有・無 ()																	
移動・外出・排泄・入浴などの問題点																			
情報家族	家族構成	単身	高齢者世帯 同居あり (同居人の種類:)																
特に留意すべき点																			
医療、介護へのこだわり、信仰など																			
介護者	フリガナ	続柄 同居・別居 どちらかに○をつけて下さい																	
氏名	様										自宅電話:	携帯電話:							
フリガナ	続柄 同居・別居 どちらかに○をつけて下さい																		
氏名	様										自宅電話:	携帯電話:							
フリガナ	続柄 同居・別居 どちらかに○をつけて下さい																		
氏名	様										自宅電話:	携帯電話:							
医療・介護に関する本人・家族の意向 (在宅療養や延命について)、入退院に際しての留意点、在宅復帰・退院を妨げる要因、権利擁護など																			
受診医療機関																			
医療機関名 (かかりつけ医の場合は機関名の冒頭に○をつけて下さい)																			
診療科目・主治医名																			
居宅介護支援事業所																			
事業所名																			
所在地																			
TEL																			
FAX																			

必要に応じて以下よりダウンロードして活用ください
<http://www.city.nerima.tokyo.jp/kurashi/hoken/zaitaku/index.html>

練馬光が丘病院の診療情報提供書、看護サマリのサンプル

【様式:光-2】		
〒	2017年06月22日	
〒 179-0072 東京都練馬区光が丘2丁目11-1 公益社団法人 地域医療振興協会 練馬光が丘病院		
内科		
TEL 03-3979-3611 FAX 03-3979-3787		
TEL	診療情報提供書	
(フリガナ) テスト ショウフカ 患者氏名 テスト ショウフカ	性別 生年月日 年齢 男 昭和11年11月11日 (1936年11月11日) 80歳 7ヶ月	
住所	TEL	
診療情報		
【様式:光-3】		
退院・転院時看護要約 2017/06/22 15:14:06		
氏名	期間 2017/06/12 ~ 科別 内科	
病名	主治医	
術式	感染症 ワ氏 HBs抗原 HCV抗体 アレルギー □無 □有	
退院時処方		
入院中の問題点と看護実践 (解決状況)、終了・継続の有無、退院指導		
項目	自立度	具体的状況
移動	□自立 □歩行器 □車いす □ベッド上	
食事	□自立 □介助 □絶食 □経管食	
排泄	□自立 □一部介助 □全介助	
排泄方法	□ボータブル □尿管 □おむつ □バルカテーテル	
入浴・保清	□自立 □一部介助 □全介助	
衣服着脱	□自立 □一部介助 □全介助	
睡眠	睡眠剤服用 □有 □無	
内服	□自己管理 □一回配薬 □一日配薬	
障害	□聴覚 □視覚 □言語 □その他	
家族の支援体制	病気・治療の説明と受け止め方	既往歴
本人		
その他特記事項		
家族 ()		患者様緊急時連絡先
		宅
		Tel
練馬光が丘病院 〒179-0072 東京都練馬区光が丘2-11-1 (03)3979-3611 (代表)	記載者	看護師長印

— 原則実施 ■ 必要に応じ実施

● 原則参加 ● 必要に応じ参加 □ 主な介護・診療報酬加算

退院連携ガイドライン（入院から退院までの連携方法）

順天堂大学附属 練馬病院

情報共有には
本人/家族の同意が必要です

病院の連携窓口：地域医療連携室
TEL: 03-5923-3911 FAX: 03-5923-3226
*FAXでの情報提供時は利用者氏名を黒塗り

※病院ごとの特徴的な箇所は
太字になっています

■連携上の注意点：

- ・順天堂大学附属練馬病院では**電話での情報提供はしていません。**
- ・患者（利用者）が入院している部屋番号は、病院の総合受付と病棟で手続きをすると提示されます。
- ・医療連携加算情報提供書提出時に、担当看護師に口頭で情報共有をしたい場合は、

① **前日までに病棟へ電話連絡が必要です。** ケアマネジャーの名前を入院先に伝えるように患者（利用者）に依頼します。「医療・介護連携シート」にもケアマネジャーの名前を記入します。

③入院時に患者（利用者）は、病棟看護師に「医療・介護連携シート」を提示します。**ケアマネジャーは、入院する前から、医療連携シートに必要事項を記入した上で、患者（利用者）のお薬手帳や保険証、医療証に貼付しておきます。**

④ケアマネジャーは、**病棟看護師へ直接**情報を提供。直接情報提供できない場合は**医療連携室へ電話連絡後**、郵送（練馬区高野台3-1-10）、またはFAXで提出します。

⑤病棟看護師への情報提供時に、必要に応じて病棟で病棟看護師とケアマネジャーの間で**直接情報共有（介護支援等連携指導（1回目））**します。
⑥**介護支援等連携実施記録がケアマネジャーに提供**されます。

⑦退院前カンファレンス開催時は病院から連絡がされます。誰が参加者の日程調整をするかは状況によって異なります。

必要に応じて退院前カンファレンスが行われます。退院時共同指導の場合と介護支援等連携の場合があります。
⑧⑨退院時共同指導の場合は退院時共同指導実施記録、
⑩⑪介護支援連携等指導の場合は介護支援実施記録は退院前カンファレンス参加者に提供されま

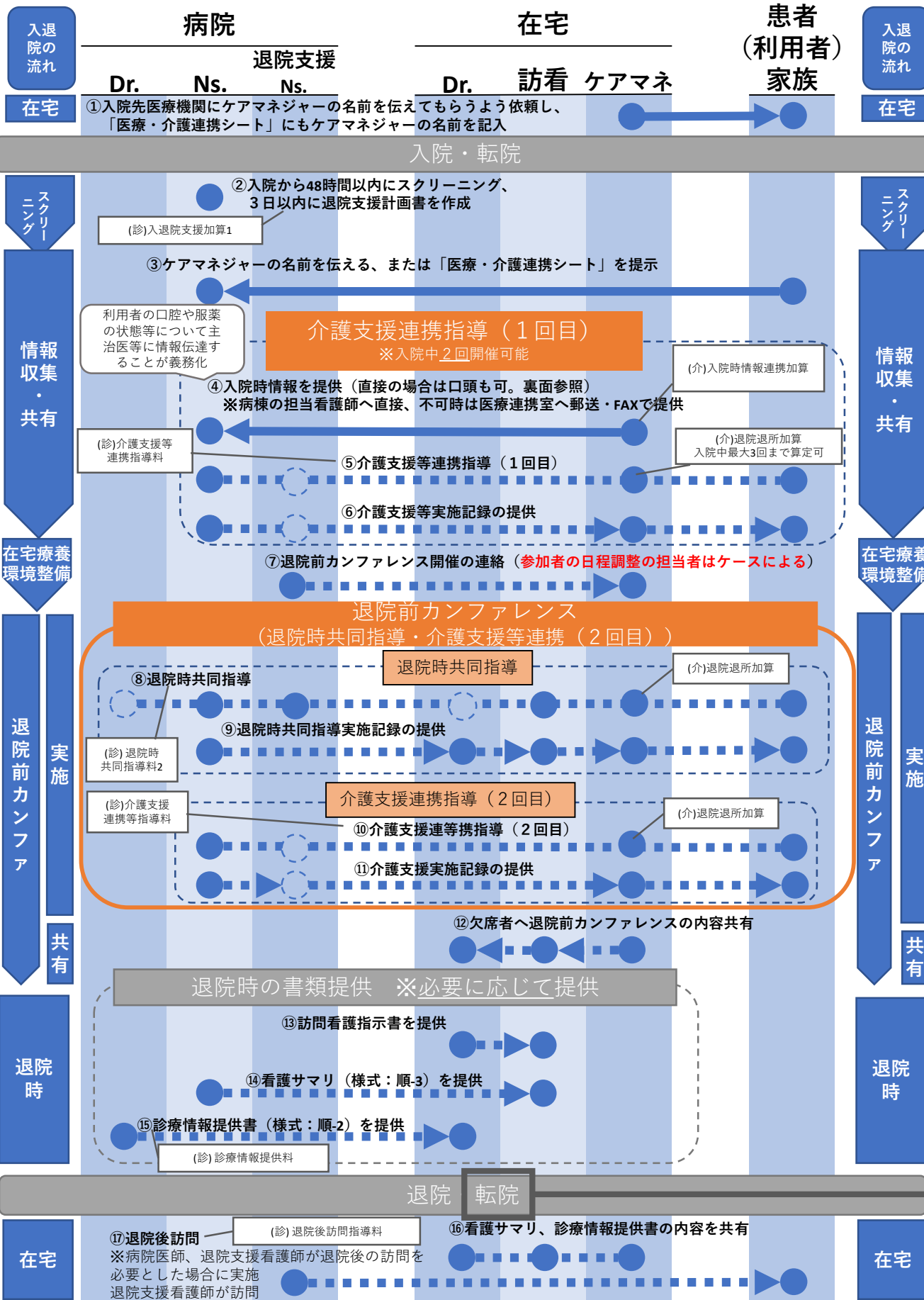
す。
※議事録は作成していないので、ケアマネジャーは必要に応じて在宅側のサービス提供者に**情報共有するためのメモを作成**します。
「退院退所加算」を3回算定する場合、
病院から医師または看護師が**1名以上**、在宅側からは以下から**3名以上**の出席が必要です。診療所（医師、看護師、准看護師）、歯科診療所（歯科医師、歯科衛生士）、薬局（薬剤師）、訪看（看護師、PT、OT、ST）。

⑫必要に応じて、ケアマネジャーが中心となって退院前カンファレンス議事録（退院時共同指導実施記録または介護支援実施記録）の内容を在宅側の多職種へ共有します

転院時には病院からケアマネジャーへ連絡があります

⑬必要に応じて、ケアマネジャーが中心となって診療情報提供書、看護サマリの内容を在宅医、訪看から共有してもらい、在宅側の多職種へ共有します

⑭必要に応じて、退院後訪問を実施し在宅での療養上の指導を実施します。



⑬訪問看護指示書を提供

⑭看護サマリ（様式：順-3）を提供

⑮診療情報提供書（様式：順-2）を提供

⑯退院後訪問
※病院医師、退院支援看護師が退院後の訪問を必要とした場合に実施
退院支援看護師が訪問

⑰必要に応じて、退院後訪問を実施し在宅での療養上の指導を実施します。

順天堂大学附属練馬病院が入院時に必要としている情報

(※必要とする情報はケースによって異なります。)

- ①住居環境
- ②医療、介護保険情報
- ③利用している介護サービス
- ④障害等の認定
- ⑤日常生活自立度
- ⑥家族状況
- ⑦服薬管理
- ⑧かかりつけ医療機関
- ⑨ADL（歩行、食事、排泄、入浴、更衣、認知症・精神症状）

順天堂大学附属練馬病院の入院時情報提供書のサンプル

(順天堂大学附属練馬病院へ書面で情報提供する場合は必要に応じてこの様式も利用できます。)

(※必要に応じて国が提示している様式も利用して下さい。)

【持参の場合】利用者さんの入院している病棟へ直接提出
※持参時に担当看護師と口頭で情報共有する場合は前日までに病棟へ電話予約が必要
【持参できない場合】医療連携室へ電話（03-5923-3111）連絡後、郵送またはFAX（03-5923-3226）で提出

入院時地域情報連携シート

(医療機関) (高老介護支援事業所) 提供年月日 平成 年 月 日

順天堂大学附属練馬病院

御中

利用者基本情報	
性別	性 別
利用者氏名	生 年 月 日
自宅住所	年 月 日 (歳)
住居環境	1. 持家・賃貸 2. 戸建・集合住宅 3. 自室 (有 ・ 無)
主介護者	続柄
電話番号	□同居 □別居
住所 (別居のみ)	
キーパーソン	続柄
電話番号	□同居 □別居
住所 (別居のみ)	
入院前の在宅状況	
ADL	【移動】□介助なし □見守り □一部介助 □全介助 備考: 【排泄】□介助なし □見守り □一部介助 □全介助 備考: 【入浴】□介助なし □見守り □一部介助 □全介助 備考: 【食事】□介助なし □見守り □一部介助 □全介助 備考: 【口腔清潔】□介助なし □見守り □一部介助 □全介助 備考:
IADL	【服薬管理】□介助なし □見守り □一部介助 □全介助 備考: 【更衣着脱】□介助なし □見守り □一部介助 □全介助 備考:
認知・精神症状	
かかりつけ医療機関	医療機関名: () 科) 先生 一連絡先: 医療機関名: () 科) 先生 一連絡先:
障害等の認定	□身体障害 □精神障害 □難病医療 (種 級 :)
介護保険情報	介護度: □日常生活自立度: □認知症日常生活自立度:
介護サービス	□訪問診療: 機関名 () □訪問看護: 事業所名 () □訪問介護 □通所介護・リハ □福祉用具貸与 □他:
連絡事項	

順天堂大学附属練馬病院の診療情報提供書、看護サマリのサンプル

【様式：順-2】

2017年02月10日

〒123-4567 東京都練馬区高野台3-1-2
TEL 03-5923-3111
順天練馬カクニン病院

〒177-8521 東京都練馬区高野台3-1-10
TEL 03-5923-3111
順天堂大学医学部附属練馬病院
総合診療・性差科

情報 太郎 先生御侍史

診療情報提供書

(フリガナ) テスト 0008 患者氏名 テスト 0008 (当院 I D : 2619500000)	性別 男 生年月日 昭和54年01月01日(1979年01月01日) (38歳 1ヶ月)
住所	TEL

退院時看護要約

【様式：順-3 (1枚目)】

氏名	歳	生年月日	期間	担当Ns
病名			主治医	
術式			感染症 Wa HB- HC- MRSA	
			アレルギー □無 □有	
既往歴	現病歴			
【紹介目的】 検査				
【既往歴及び検				
【症状経過及び	家族の支援体制			
【治療経過】	キーパーソン			
【現在の処方】	氏名 : 本人との関係 : 連絡先 :			
	緊急連絡先			
	氏名 : 続柄 : TEL : 携帯電話 : 連絡先場 :			
項目	生活状況			具体的状況
清潔	□自立 □一部介助 □全介助			
食事	□自立 □一部介助 □全介助 □セッティング □補助具 □見守り			
摂食方法	□経口 □非経口 □併用(経口+非経口)			
主食の種類・確認	□米 □粥 □パン □麺 □流動 □ミキサー □その他			
副食の形態	□普通食 □流動 □1口大 □きざみ □とろみ □その他			
排泄	□自立 □一部介助 □全介助			
排泄方法	□車椅子トイレ □オムツ □ウォッシュ □おむつ □尿器 □便器			
移動	□自立 □一部介助 □全介助			
移動方法	□車椅子 □ストレーパー □杖 □歩行器 □付き添い歩行			
睡眠時間	時～ 時			
睡眠状態	□良 □不良 □寝つきが悪い □ほとんど眠れない □熟睡感がない □中途覚醒 □その他			
認知の問題	□無 □有			
意識レベル (JCS)				
褥瘡	□無 □有			
バイタルサイン	B T P R			
障害情報	□視覚障害 □全盲 □半盲 義眼 (□右 □左) □白杖 □盲導犬 □点字希望 □聴覚障害 □両耳 □右耳 □左耳 □手話 補聴器 (□右 □左) □運動障害 □右 upper □左 upper □右 lower □左 lower 脊損 (□頸 椎 □胸 椎 □腰 椎) □言語障害 □呂律不全 □失語			
順天堂大学医学部附属練馬病院		記載者		
東京都練馬区高野台3-1-10 (03) 5923 - 3111		看護師長印 1/2		

■原則実施 ■必要に応じ実施 □主な介護診療報酬加算

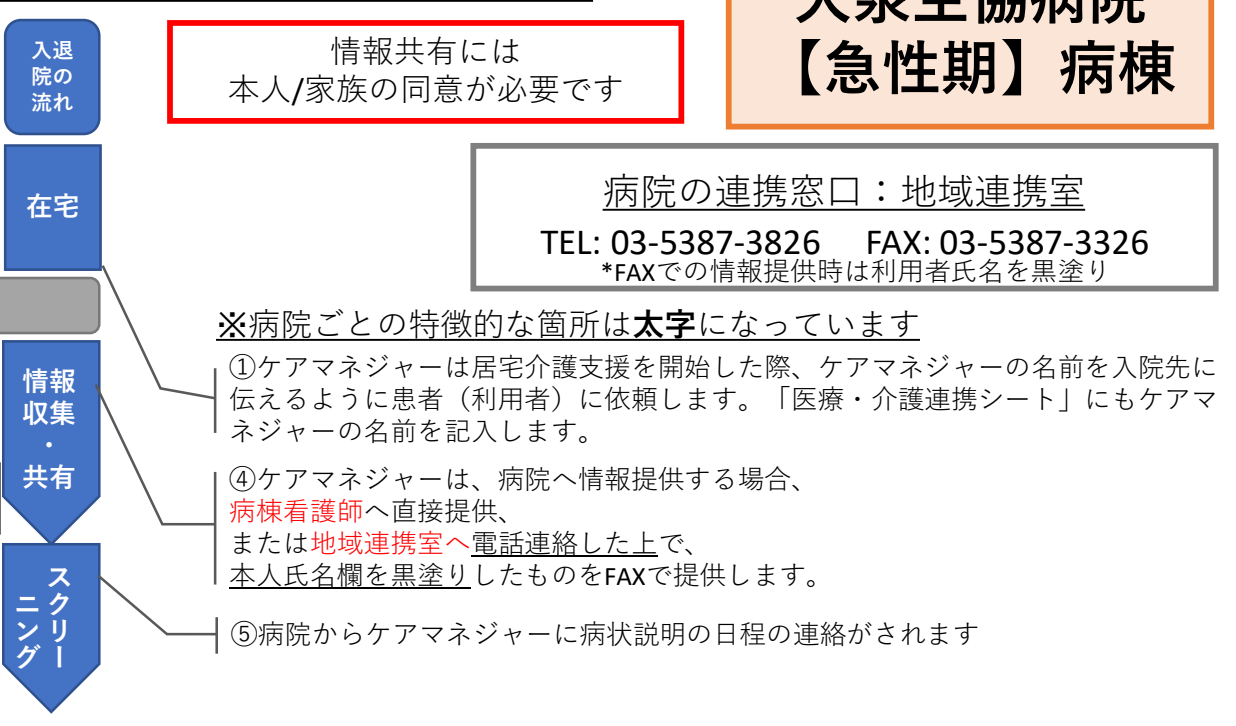
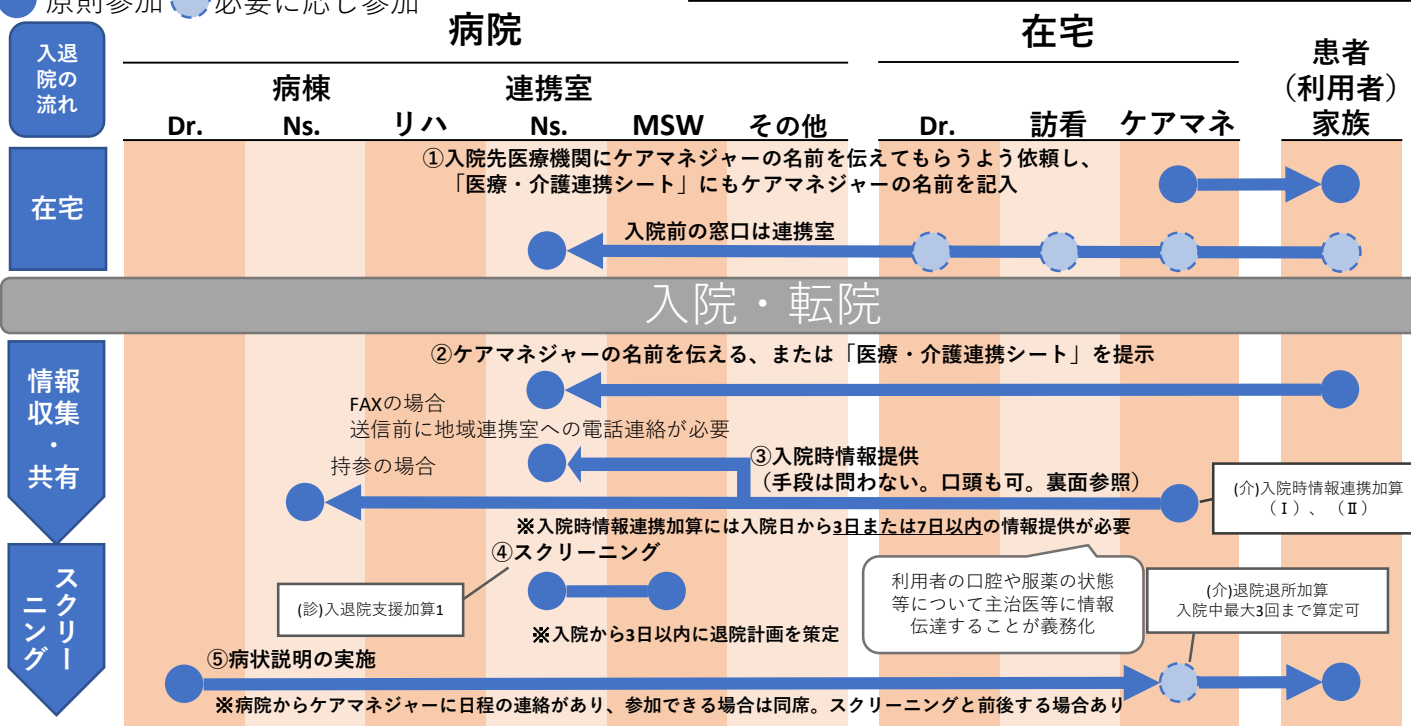
●原則参加 ●必要に応じ参加

退院連携ガイドライン（入院から退院までの連携方法）

大泉生協病院【急性期】病棟

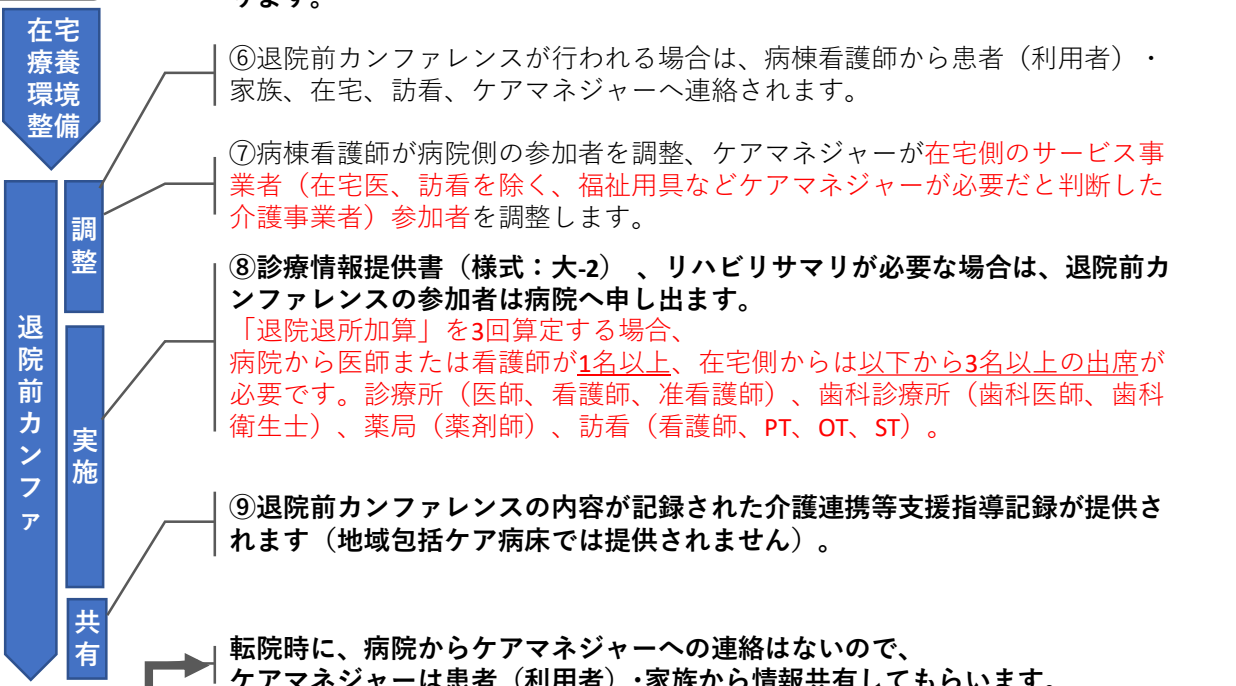
情報共有には
本人/家族の同意が必要です

病院の連携窓口：地域連携室
TEL: 03-5387-3826 FAX: 03-5387-3326
*FAXでの情報提供時は利用者氏名を黒塗り



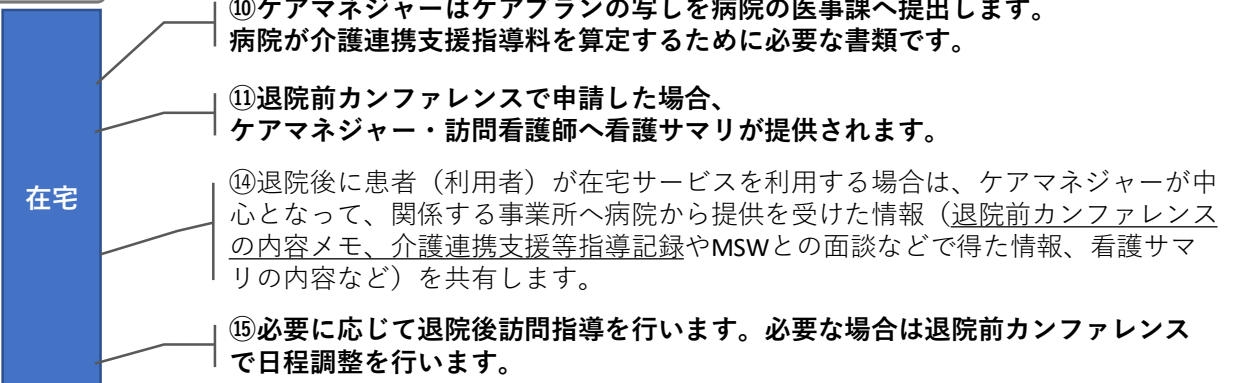
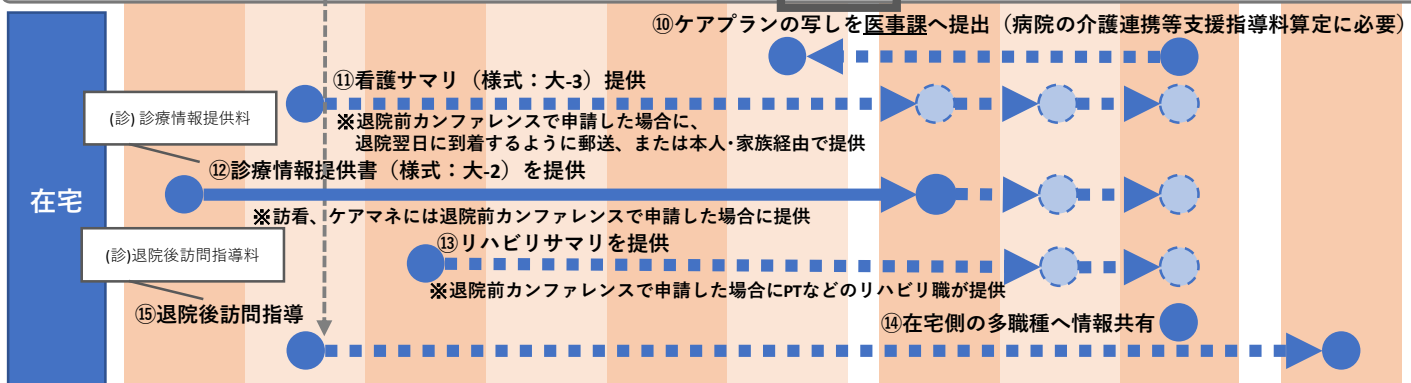
状況に応じて地域包括ケア病棟へ転棟

状況に応じて、患者（利用者）は院内の地域包括ケア病棟へ転棟することがあります。



退院・転院

転院時に、病院からケアマネジャーへの連絡はないので、ケアマネジャーは患者（利用者）・家族から情報共有してもらいます。



- ※病院ごとの特徴的な箇所は**太字**になっています
- ①ケアマネジャーは居宅介護支援を開始した際、ケアマネジャーの名前を入院先に伝えるように患者（利用者）に依頼します。「医療・介護連携シート」にもケアマネジャーの名前を記入します。
 - ④ケアマネジャーは、病院へ情報提供する場合、**病棟看護師**へ直接提供、または**地域連携室**へ電話連絡した上で、**本人氏名欄を黒塗り**したものをFAXで提供します。
 - ⑤病院からケアマネジャーに病状説明の日程の連絡がされます
 - ⑥退院前カンファレンスが行われる場合は、病棟看護師から患者（利用者）・家族、在宅、訪看、ケアマネジャーへ連絡されます。
 - ⑦病棟看護師が病院側の参加者を調整、ケアマネジャーが**在宅側のサービス事業者（在宅医、訪看を除く、福祉用具などケアマネジャーが必要だと判断した介護事業者）**参加者を調整します。
 - ⑧診療情報提供書（様式：大-2）、リハビリサマリが必要な場合は、退院前カンファレンスの参加者は病院へ申し出ます。
「退院退所加算」を3回算定する場合、**病院から医師または看護師が1名以上、在宅側からは以下から3名以上の出席が必要です。診療所（医師、看護師、准看護師）、歯科診療所（歯科医師、歯科衛生士）、薬局（薬剤師）、訪看（看護師、PT、OT、ST）。**
 - ⑨退院前カンファレンスの内容が記録された介護連携等支援指導記録が提供されます（地域包括ケア病床では提供されません）。
 - ⑩ケアマネジャーはケアプランの写しを病院の医事課へ提出します。病院が介護連携支援指導料を算定するために必要な書類です。
 - ⑪退院前カンファレンスで申請した場合、ケアマネジャー・訪問看護師へ看護サマリが提供されます。
 - ⑭退院後に患者（利用者）が在宅サービスを利用する場合は、ケアマネジャーが中心となって、関係する事業所へ病院から提供を受けた情報（退院前カンファレンスの内容メモ、介護連携支援等指導記録やMSWとの面談などで得た情報、看護サマリの内容など）を共有します。
 - ⑮必要に応じて退院後訪問指導を行います。必要場合は退院前カンファレンスで日程調整を行います。

大泉生協病院が入院時に必要としている情報

(※必要とする情報はケースによって異なります。)

- ①住居環境
- ②経済状況
- ③障害等の認定
- ④介護保険情報
- ⑤家族状況（家族構成、家族関係、介護の分担）
- ⑥生活歴（嗜好、職業歴）
- ⑦生活や療養に対する意向・考え方
- ⑧受診状況
- ⑨ADL（歩行、食事、排泄、入浴）
- ⑩必要な医療処置
- ⑪利用している介護サービス

大泉生協病院の入院時情報提供書のサンプル

(大泉生協病院へ書面で情報提供する場合は
必要に応じてこの様式も利用できます。)

(※必要に応じて国が提示している様式も利用して下さい。)

持参の場合は病棟看護師へ。FAXを希望の方は地域連携室（03-5387-3826）まで電話連絡

入院時情報連携シート 提供日 年 月 日

事業所名
大泉生協病院 (FAX 03-5387-3326) 御中

電話
担当者

以下の情報は本人及びご家族の同意に基づき提供しています

フリガナ	性別	生年月日
本人氏名	男・女	M・T・S 年 月 日 () 才
住所	電話	
居住環境	1. 持家・賃貸 2. 戸建・集合住宅 3. 階段(有・無) 4. EV(有・無) 5. その他 ()	
経済状況	<input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 無年金 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 成年後見制度の利用	
障害等認定	身障 () 療育 () 精神 () 特疾 ()	
要介護認定	無・申請中・事業対象者・要支援 () ・要介護 () 有効期間 年 月 日迄	
家族構成図	生活歴・趣味・生活習慣	障害高齢者日常生活自立度
主：キーパーソン 主介護者 その他		認知症高齢者日常生活自立度
		生活や療養についての意向や考え方
職業歴： 嗜好： <input type="checkbox"/> 飲酒 <input type="checkbox"/> 喫煙		
緊急連絡先	氏名	続柄 連絡先 本人との関係性・支援内容
医療機関名・診療科目・主治医名	連絡先	特記(主治医意見書作成者に印)
受診状況		<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>
高専		
薬局		
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	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす
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	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 一口大 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> ミキサー
入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 通所系 <input type="checkbox"/> 訪問入浴
排泄	尿 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	日中： <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> Pトイレ <input type="checkbox"/> おむつ
	便 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	夜間： <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> Pトイレ <input type="checkbox"/> おむつ
買い物	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	調理 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 配食
服薬管理	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	介助内容：
医療処置	<input type="checkbox"/> 留置カテーテル <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> 床ずれ <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> インスリン <input type="checkbox"/> その他	
◆介護保険サービス・インフォর্মルサービス		
<input type="checkbox"/> 訪問看護(事業所名)	TEL	<input type="checkbox"/> その他 ()
<input type="checkbox"/> 訪問介護	日/週 ()	<input type="checkbox"/> 通所介護・リハ 日/週 () <input type="checkbox"/> 福祉用具 ()
◆病院に伝えておきたいこと		
<input type="checkbox"/> 家屋状況 <input type="checkbox"/> 経済的課題 <input type="checkbox"/> 介護力 <input type="checkbox"/> 転倒歴 <input type="checkbox"/> 認知症の症状など <input type="checkbox"/> 入院後の経過 <input type="checkbox"/> 権利擁護 <input type="checkbox"/> その他		

必要に応じて以下よりダウンロードして活用ください
<http://www.city.nerima.tokyo.jp/kurashi/hoken/zaitaku/index.html>

大泉生協病院の診療情報提供書、看護サマリのサンプル

【様式：大-2】

診療情報提供書兼退院時要約

記入日
〒178-0063 東京都練馬区東大泉6-3-3
大泉生協病院
電話 5387-3111
FAX 5387-5511

紹介先医療機関名
先生御机下
先生御机下 医師

氏名	外来 仮押さえ 様	ID	820	保険	()
住所	TEL				
生年月日	平成10年08月21日 18歳	性別	男性	職業	
入院日	退院日	転帰	病院解剖		
診断名	入院契機病名： 主病名：	血液型：	()	感染症： W F R：	H B：
		紹介者	H C V：		
		退院先			
輸血実施日					
既往歴及び家族歴・生活歴					
症状経過及び検査結果 治療経過					

【様式：大-3】

看護サマリー

御中 作成日

ID 820

ケンシン グループ 氏名 外来 仮押さえ 様	男性	(今回入院の主病名) 主治医：
生年月日 平成10年08月21日 18歳		
(既往歴)		入院期間： (介護保険)
紹介目的		
今後の方針、問題点、注意事項		
インフォームド・コンセント情報		(病状説明内容) 説明日付 病名： 内容：
退院後の診察		
(ADL及びセルフケア状況) ①コミュニケーション： ②身長・体重： cm kg ③食事・栄養管理：		(家族構成・環境)
④排泄 最終排便：		(キーパーソン) 氏名： ①電話番号 ②携帯・他番号 続柄：
⑤基本動作 起き上がり： 坐位保持： 移乗： 歩行： ⑥清潔 最終施行日：		(退院後の管理) 通院： 次回予約日 () 往診： 訪問： (継続看護・処置内容)
⑦認知症： ⑧その他、特記事項・禁忌事項		
記入者 _____ 師長 _____		〒178-0063 東京都練馬区東大泉6-3-3 東京保健生活協同組合 大泉生協病院 電話 03-5387-3111

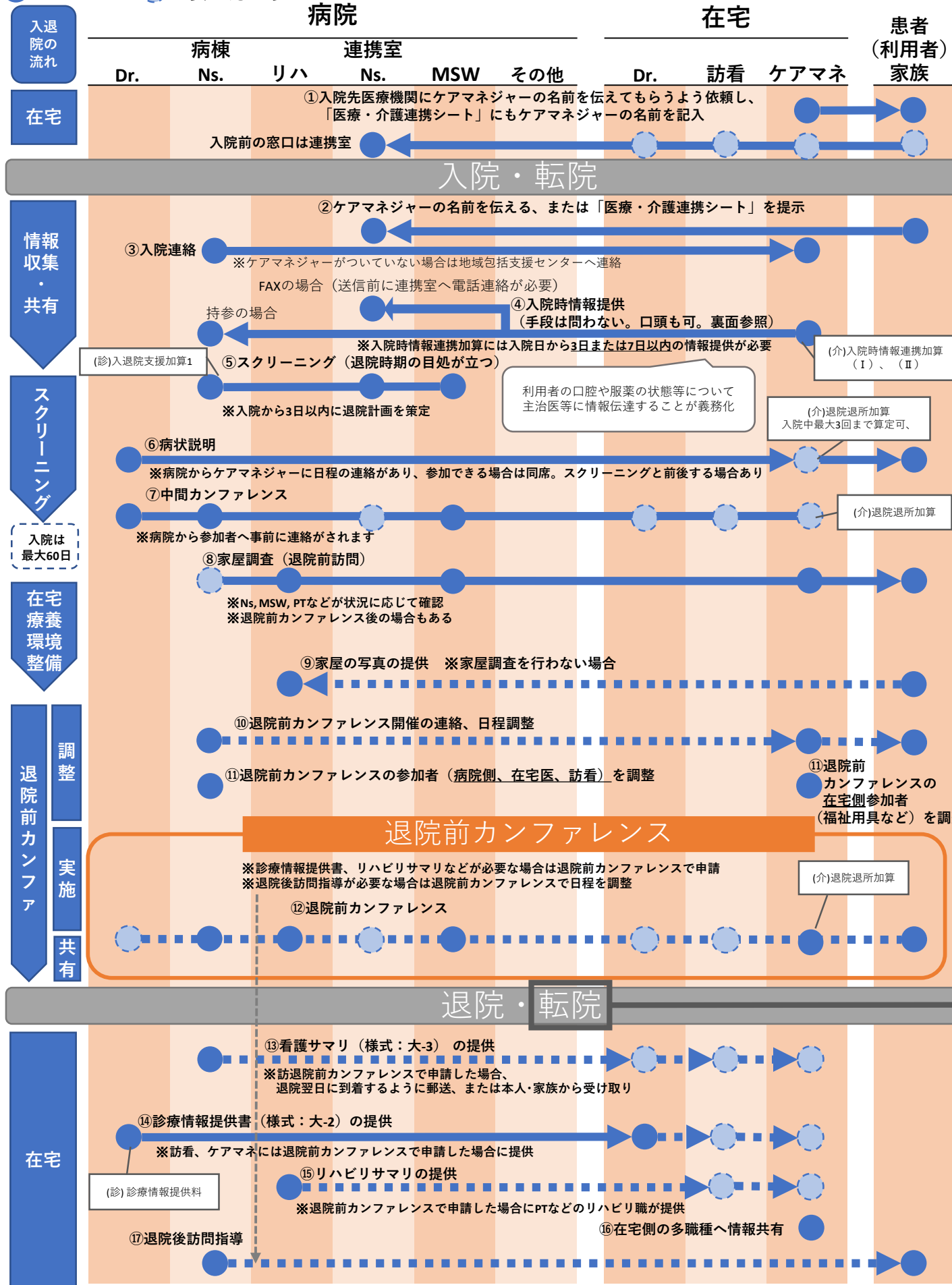
原則実施 ■ 必要に応じ実施 □ 主な介護 診療報酬加算
 原則参加 ● 必要に応じ参加

退院連携ガイドライン（入院から退院までの連携方法）

大泉生協病院
【地域包括ケア】病床

情報共有には本人/家族の同意が必要です

病院の連携窓口：地域連携室
 TEL: 03-5387-3826 FAX: 03-5387-3326
 *FAXでの情報提供時は利用者氏名を黒塗り



※病院ごとの特徴的な箇所は太字になっています

① ケアマネジャーは居宅介護支援を開始した際、ケアマネジャーの名前を入院先に伝えるように患者（利用者）に依頼します。「医療・介護連携シート」にもケアマネジャーの名前を記入します。

③ 病棟看護師から担当ケアマネジャーへ入院連絡がされます。ケアマネジャーが付いていない場合は、病棟看護師から地域包括支援センターへ入院の連絡がされます

④ ケアマネジャーは、病院へ情報提供する場合、病棟看護師へ直接提供、または地域連携室へ電話連絡した上で、本人氏名欄を黒塗りしたものをFAXで提供します。

⑥ 病院からケアマネジャーに病状説明の日程の連絡がされます

⑦ 中間カンファレンスでは、リハビリの状況や病状など経過報告が行われます。この時期には退院日の予定が立てられるので、在宅でのサービス調整を行います。

⑧ 状況に応じて、病院の看護師、MSW、リハビリ職は家屋調査を行います

⑨ 家屋調査を行わない場合は、家屋の写真を患者（利用者）・家族が病院に提供することがあります。

⑩ 退院前カンファレンスが行われる場合は、病棟看護師から患者（利用者）・家族、在宅、訪看、ケアマネジャーへ連絡されます。

⑪ 病棟看護師が病院側の参加者を調整、ケアマネジャーが在宅側の参加者を調整します。

⑫ 診療情報提供書（様式：大-2）、リハビリサマリが必要な場合は、退院前カンファレンスの参加者は病院へ申し出ます。「退院退所加算」を3回算定する場合、病院から医師または看護師が1名以上、在宅側からは以下から3名以上の出席が必要です。診療所（医師、看護師、准看護師）、歯科診療所（歯科医師、歯科衛生士）、薬局（薬剤師）、訪看（看護師、PT、OT、ST）。

⑫ 議事録は作成していないので、ケアマネジャーは必要に応じて在宅側のサービス提供者に情報共有するためのメモを作成します。

転院する場合は、退院前カンファレンスで病院からケアマネジャーに知らされます

⑬ 退院前カンファレンスで申請した場合、ケアマネジャー・訪問看護師へ看護サマリが提供されます。

⑯ 退院後に患者（利用者）が在宅サービスを利用する場合は、ケアマネジャーが中心となって、関係する事業所へ病院から提供を受けた情報（退院前カンファレンスの内容メモやMSWとの面談などで得た情報、看護サマリの内容など）を共有します。必要に応じて、ケアマネジャーが中心となって診療情報提供書、看護サマリなどの情報を在宅側の多職種へ共有します。

⑰ 必要に応じて退院後訪問指導を行います。必要な場合は退院前カンファレンスで日程調整を行います。

大泉生協病院が入院時に必要としている情報

(※必要とする情報はケースによって異なります。)

- ①住居環境
- ②経済状況
- ③障害等の認定
- ④介護保険情報
- ⑤家族状況（家族構成、家族関係、介護の分担）
- ⑥生活歴（嗜好、職業歴）
- ⑦生活や療養に対する意向・考え方
- ⑧受診状況
- ⑨ADL（歩行、食事、排泄、入浴）
- ⑩必要な医療処置
- ⑪利用している介護サービス

大泉生協病院の入院時情報提供書のサンプル

(大泉生協病院へ書面で情報提供する場合は
必要に応じてこの様式も利用できます。)

(※必要に応じて国が提示している様式も利用して下さい。)

持参の場合は病棟看護師へ。FAXを希望の方は地域連携室（03-5387-3826）まで電話連絡

入院時情報連携シート 提供日 年 月 日

事業所名 大泉生協病院 (FAX 03-5387-3326) 御中
電話 担当者

以下の情報は本人及びご家族の同意に基づき提供しています

フリガナ	性別	生年月日
本人氏名	男・女	M・T・S 年 月 日 () 才
住所	電話	
居住環境	1. 持家・賃貸 2. 戸建・集合住宅 3. 階段(有・無) 4. EV(有・無) 5. その他 ()	
経済状況	<input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 無年金 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 成年後見制度の利用	
障害等認定	身障 () 療育 () 精神 () 特疾 ()	
要介護認定	無・申請中・事業対象者・要支援 () ・要介護 () 有効期間 年 月 日迄	
家族構成図	生活歴・趣味・生活習慣	障害高齢者日常生活自立度
主介者 主介者 主介者 主介者 主介者	職業歴: 嗜好: <input type="checkbox"/> 飲酒 <input type="checkbox"/> 喫煙	認知症高齢者日常生活自立度 生活や療養についての意向や考え方
緊急連絡先	氏名	続柄 連絡先 本人との関係性・支援内容
受診状況	医療機関名・診療科目・主治医名	連絡先 特記(主治医意見書作成者に印)
ADL	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	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす
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	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 一口大 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> ミキサー
入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 通所系 <input type="checkbox"/> 訪問入浴
排泄	尿 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	日中: <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> Pトイレ <input type="checkbox"/> おむつ 便 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
買い物	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	夜間: <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> Pトイレ <input type="checkbox"/> おむつ
服薬管理	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	調理 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 配食
医療処置	<input type="checkbox"/> 留置カテーテル <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> 床ずれ <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> インスリン <input type="checkbox"/> その他	
◆介護保険サービス・インフォर्मルサービス		
□訪問看護(事業所名) TEL () □その他 ()		
□訪問介護 日/週 () □通所介護・リハ 日/週 () □福祉用具 ()		
◆病院に伝えておきたいこと		
□家屋状況 □経済的課題 □介護力 □転倒歴 □認知症の症状など □入院返の経過 □権利擁護 □その他		

必要に応じて以下よりダウンロードして活用ください
<http://www.city.nerima.tokyo.jp/kurashi/hoken/zaitaku/index.html>

大泉生協病院の診療情報提供書、看護サマリのサンプル

【様式: 大-2】

診療情報提供書兼退院時要約 記入日

〒178-0063 東京都練馬区東大泉6-3-3 大泉生協病院
 電話 5387-3111 FAX 5387-5511

紹介先医療機関名 先生御机下 先生御机下 医師

氏名	外来 仮押さえ 様	ID	820	保険	()
住所	TEL				
生年月日	平成10年08月21日 18歳	性別	男性	職業	
入院日	退院日	転帰	病院解剖		
診断名	入院契機病名: 主病名:	血液型:	()	感染症: Wf:	HB: HCV:
		紹介者	退院先		
輸血実施日					
既往歴及び家族歴・生活歴					
症状経過及び検査結果 治療経過					
紹介目的					
今後の方針、問題点、注意事項					
インフォームド・コンセント情報					
退院後の診察					

【様式: 大-3】

看護サマリー 御中 作成日

ID 820

ケンシン タミー 氏名 外来 仮押さえ 様 男性 (今回入院の主病名) 主治医:

生年月日 平成10年08月21日 18歳

(既往歴)	入院期間: (介護保険)
(入院の経過)	(病状説明内容) 説明日付 病名: 内容:
(ADL及びセルフケア状況) ①コミュニケーション: ②身長・体重: cm kg ③食事・栄養管理:	(家族構成・環境)
④排泄 最終排便:	(キーパーソン) 氏名: 続柄: ①電話番号 ②携帯・他番号
⑤基本動作 起き上がり: 坐位保持: 移乗: 歩行: ⑥清潔 最終施行日:	(退院後の管理) 通院: 次回予約日 () 往診: 訪問: (継続看護・処置内容)
⑦認知症: ⑧その他、特記事項・禁忌事項	

記入者 _____ 師長 _____

〒178-0063 東京都練馬区東大泉6-3-3 大泉生協病院
 電話 03-5387-3111