

# 退院時共同指導説明書

フリガナ			生年月日					
氏名			性別	男 <input checked="" type="radio"/> 女 <input type="radio"/>				
住所			TEL					
病名								
既往歴								
病状説明と受け止め	医師からの病状説明： 本人： 家族：							
保険・社会福祉サービス等	<input type="checkbox"/> 障害者手帳 級 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 特定医療費（指定難病）受給者証 <input type="checkbox"/> 介護保険：要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5 申請中 CM：事業所名 氏名 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> ショートステイ <input type="checkbox"/> デイサービス <input type="checkbox"/> 訪問入浴							
利用者の状態								
寝たきり度	J 1	J 2	A 1	A 2	B 1	B 2	C 1	C 2
認知症の状況	I	II a	II b	III a	III b	IV	M	
麻痺	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	部位					
拘縮	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	部位					
褥瘡	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	部位					
その他障害	<input type="checkbox"/> 視覚障害（右・左）		<input type="checkbox"/> 聴力障害（右・左）		<input type="checkbox"/> 言語			
療養生活に 関わる 動作 (ADL)	食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 経管栄養（経鼻・胃瘻）						
	排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助（ <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> 尿器）				最終交換日：		
		<input type="checkbox"/> 留置カテーテル (Fr )				( )		
	入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助				( )		
	整容	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助				( )		
	更衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助				( )		
共同指導 内容	移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子（ <input type="checkbox"/> 操作可 <input type="checkbox"/> 介助）						
		<input type="checkbox"/> 体位変換介助 <input type="checkbox"/> 座位介助 <input type="checkbox"/> 移乗介助						
	医療的 処置	<input type="checkbox"/> 服薬管理 <input type="checkbox"/> BS測定・インスリン <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> CVポート <input type="checkbox"/> 疼痛コントロール <input type="checkbox"/> 医療機器 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 在宅酸素療法 <input type="checkbox"/> 輸液ポンプ <input type="checkbox"/> 医療処置 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> ストマ <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 尿道留置カテーテル						
	身体援助	<input type="checkbox"/> 清潔 <input type="checkbox"/> 食事・栄養 <input type="checkbox"/> 排泄 <input type="checkbox"/> その他				( )		

家族の状況	介護者 緊急連絡先	続柄
今後の治療課題・生活課題		
	退院直後特別指示での訪問看護の必要性 有 無	
退院 予定日	退院予定日	月 日 ( ) 時
	退院後の主治医	
	在宅医	
	搬送方法	自力 車椅子 ストレッチャー 介護タクシー
緊急時 対応		

令和 年 月 日

以上の内容で、（入院中・入所中）の主治医・看護師等と共同で退院指導を行いました。

参加者	所属（職種）	氏名	所属（職種）	氏名

私は、上記の内容の退院指導を受けました。

ご利用者・ご家族等氏名：\_\_\_\_\_



CayluBase訪問看護ステーション  
 ○○県○○市○○町○○-○○-○○  
 TEL:00-0000-0000  
 FAX:00-0000-0000