

# 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- 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） <input type="checkbox"/> 留置カテーテル（Fr ） 最終交換日： 下剤の使用 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ ）			
	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（ ）			
	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			
共同指導 内容	医療的 処置	薬・注射 <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 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 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  
〇〇県〇〇市〇〇町〇〇-〇〇-〇〇  
TEL:00-0000-0000  
FAX:00-0000-0000