

# 記載例【入・退院時連絡シート】(共通)

記載・送付日

20××年 ×月 ×日( × )曜日

富士見市・ふじみ野市・三芳町方式

\*情報開示同意の確認は病院施設側は行うこと（居宅介護支援事業所は確認済み）

この情報開示及び連絡をとることに同意する ) は同意されています。

医療機関名：ただいま病院

所属部署：地域連携室

氏名：須玖 弥瑠 相談員 様

電話：049-888-888

## 入院時連絡 ケアマネ記入例

がります。



・居宅名：おかえりプラン

：三芳 次郎 ケアマネジャー

電話：049-666-666

F A X : 049-777-777

ふりがな 氏名	ふじみの はなこ		男 <input checked="" type="radio"/> 女 <input type="radio"/>	明・大・昭・平・令	
	ふじみ野 花子 様			○年 4月 1日生 [ 84 ] 歳	
住所 (施設)	〒356-0011 ふじみ野市福岡1-1-1			TEL	自宅 123-456-789
					携帯
緊急 連絡者	① ふじみ野 三郎	続柄：長男	同居・別居 <input checked="" type="radio"/>	C 県・市在住	TEL: 987-654-321
	②	続柄：	同居・別居	県・市在住	TEL:
	③	続柄：	同居・別居	県・市在住	TEL:
入院期間	入院日 20 ×× 年 × 月 ○ 日 ~ 退院日 20 年 月 日				
主治医	科 医師 ケアマネジャーは記入しなくていいです。入院日の記載は可能です。				
入院時の 診断名	訪問介護士・看護師や通所先からの情報、 本人の訴えを記入してください。				
入院時の 症状・主訴	気持ちが悪い、便が出ない 体がだるい				
病状説明	本人へ：□なし <input checked="" type="checkbox"/> あり：内容(苦しいのは心臓がうまく動いてないからだよ) 在宅主治医の説明・病状理解・受け止め状況を 記入してください。 家族へ： <input checked="" type="checkbox"/> なし □あり：内容( )				
本人の病気・障害・ 状態の受容、意向	なるべく、もう入院はしたくない。家で好きなように暮らしたい。				
家族の病気・障害・ 状態の受容、意向	母子不仲のため面談したことがない 加療に必要な情報です。 意思決定支援状況を教えてください。				
入院中又は在宅で 気になったエピソード・ 本人や家族の言動等	<input checked="" type="checkbox"/> 本人：息子にはもう何年も会っていない □家族： 詳細は病院スタッフとの面接時にお伝えください。				
既往歴 かかりつけ 医等 (歯科医院も 忘れずに)	* 同封の居宅サービス計画(1)参照下さい(入院時のみ)				
	病名	年齢	経過	医療機関名	処方薬
	うつ血性心不全、心房細動	78	通院・入院・手術・訪問	ただいま病院 1回/月	なし・あり
	両目 白内障	74	通院・入院・手術・訪問	うちゅう眼科 1回/半年	なし・あり
	脊柱管狭窄症 変形性膝関節症	70	通院・入院・手術・訪問	たいよう整形 1回/3ヶ月	なし・あり
	糖尿病	65	通院・入院・手術・訪問	ただいま病院 1回/月	なし・あり
		通院・入院・手術・訪問		なし・あり	

退院後の  
主治医

[ 病・診連携上、必要な情報です。 ]

] 医師[通院: 回/月・週]

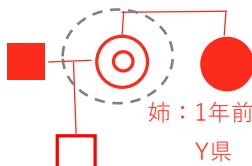
初回外来/訪問診療日 20 年 月 日( )

) 外来・医師

## ◎これまでの生活と現在の状況

## 家族等の状況

- ・男性:  女性:  本人:  (男性)  (女性)
- ・キーパーソン: K 主介護者: ☆ 逝去: ■●
- ・同居者は線で囲む 年齢 居住地 健康状態

10年前  
脳卒中82歳姉: 1年前乳がん86歳  
Y県

長男: C県とのこと (面談未実施)

病院には、本人の背景や家族等の状況、関係性を知る貴重な情報です。

夫と八百屋を営んでいた。20年前に廃業。75歳までパートで近所の総菜屋で働く。長男とは疎遠。独居。

## 趣味・価値観・生きがい

旅行、カラオケ: 通所先でも歌や楽器演奏が好き。  
世話好きだが、自分の事になると遠慮がち。

自宅	( 2 )階	エレベーター	あり • なし
寝室	( 1 )階	階段手すり	あり • なし
トイレ	洋・和	トイレ手すり	あり • なし
浴槽	浅・深	浴室手すり	あり • なし
寝具	ベッド • 布団		
室内段差		あり • なし	
高い段差の場所	( 玄関 )		

## 保険種別

 健保  国保  共済  後期高齢1割  労災  交通事故  特定疾患  生保(担当: )

## 障害認定

 申請中  身障

日頃から、高齢者あんしんセットなどで、制度活用状況、

## 要介護度

 事業対象者

担当ケアマネジャーがすぐに分かるようにしておきましょう。

## 経済状況

 共済年金  厚生年金  生活保護  他

入院治療のゴール設定の参考になります。

日頃からのサービス提供者との情報共有をお願いします。

## ◎ 身体・ADLの状況

身体状況	身体状況	身長( 150 cm ) 体重( 62 Kg )
	<input type="checkbox"/> 拘縮	右: 上肢 [ <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ]
	<input type="checkbox"/> 麻痺	下肢 [ <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ]
	筋力低下	右: 上肢 [ <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ] 下肢 [ <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり ] 左: 上肢 [ <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり ] 下肢 [ <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり ]
認知機能や判断能力	嚥下障害	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり [ <input type="checkbox"/> 咀嚼 <input type="checkbox"/> 咽頭への送り込み <input type="checkbox"/> 咽頭期 <input type="checkbox"/> 他 ( ) ] <input type="checkbox"/> 不明
	<input checked="" type="checkbox"/> 記憶障害 <input type="checkbox"/> 見当識障害 <input type="checkbox"/> 理解判断力の障害 <input type="checkbox"/> 実行機能障害 <input type="checkbox"/> 失認 <input type="checkbox"/> 失語 <input type="checkbox"/> 行き忘れた <input type="checkbox"/> 注意障害 <input type="checkbox"/> 不穏	日常の意思決定を行うための認知機能の程度、判断能力の状況、認知症の場合: 中核症状や行動・心理状況は、

入院前の日常生活 自立度	障害高齢者の日常生活	利用者が入院生活をどのようにサポートされるべきかを判断する
	認知症高齢者の日常生活	そのための基礎情報となります。

食事 (栄養)	方法	<input checked="" type="checkbox"/> 経口 (箸・スプーン・フォーク・補助具) <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 腸ろう <input type="checkbox"/> 経鼻経管 <input type="checkbox"/> 中心静脈 <input type="checkbox"/> 末梢点滴
	動作	<input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守りが必要 <input type="checkbox"/> 介助が必要 <input type="checkbox"/> 全
	内容	主食: <input type="checkbox"/> 米飯 <input checked="" type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> ミキサー粥 <input type="checkbox"/> 他 ( )
		副食: <input type="checkbox"/> 常菜 <input checked="" type="checkbox"/> 軟菜 <input checked="" type="checkbox"/> 他 (朝:パン食、昼: )
	熱量	( )Kcal/日 蛋白: ( )g/日 塩

## 大切な情報項目!

い: 移動

ろ: 風呂(清潔)

は: 排泄

に: 認知機能・こころ

す: 睡眠

めし: 食事

3割摂取となっていた)

食サービス )

水分 ( ) ml/日

分類コード - )

排泄状況 (尿)	尿意	<input checked="" type="checkbox"/> あり不十分 <input type="checkbox"/> なし 排尿回数: (?)回/日、導
	方法	<input checked="" type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> 尿器 <input checked="" type="checkbox"/> リハ
	動作	<input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守りが必要 <input type="checkbox"/> 介助が必要 <input type="checkbox"/> 全介助(介助内容: )

排泄状況 (便)	便意	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 排便回数: (?)回/日、または ( )日に1回 ×月×日3日前にデイで摘便 硬便である
	方法	<input checked="" type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> リハバパンツ <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> 便器 <input type="checkbox"/> 消化管ストマ
	動作	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 見守りが必要 <input type="checkbox"/> 介助が必要 <input type="checkbox"/> 全介助(用具や介助内容: )
整容 (髪・爪・目・耳・鼻・口)	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守りが必要 <input checked="" type="checkbox"/> 介助が必要 <input type="checkbox"/> 全介助(用具や介助内容: デイで磨き残しの義歯洗浄、口内ケアを手伝う) 片付け	
	義歯: 上: <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり 下: <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり ( <input type="checkbox"/> 部分入歯 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 総入歯 ・ <input type="checkbox"/> インプラント )	
入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守りが必要 <input checked="" type="checkbox"/> 介助が必要 <input type="checkbox"/> 全介助(用具や介助内容: )	
	<input type="checkbox"/> 一般浴 <input checked="" type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> 機械浴 <input type="checkbox"/> 清拭 <input type="checkbox"/> 行わず <input type="checkbox"/> 他( デイで入浴 3回/週 )	
更衣	上衣: <input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守りが必要 <input type="checkbox"/> 介助が必要 <input type="checkbox"/> 全介助 下衣: <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守りが必要 <input checked="" type="checkbox"/> 介助が必要 <input type="checkbox"/> 全介助 座位で足に通す介助	
基本動作	寝返り	<input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守りが必要 <input type="checkbox"/> 介助が必要 <input type="checkbox"/> 全介助 <b>用具や介助内容:</b> ベッド柵を持って可能
	起き上がり	<input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守りが必要 <input type="checkbox"/> 介助が必要 <input type="checkbox"/> 全介助 <b>用具や介助内容:</b> ベッド柵を持って可能
	座位	<input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守りが必要 <input type="checkbox"/> 介助が必要 <input type="checkbox"/> 全介助 <b>用具や介助内容:</b> 座り直しの介助が必要
	移乗	<input checked="" type="checkbox"/> リハビリの参考目標になり、用具や介助内容 <b>用具や介助内容:</b> 右膝くずれしやすい
移動	補助具	<input type="checkbox"/> が分かることで、入院中のケアに役立ちます。 <b>用具や介助内容:</b> 装具 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> リクライニング車いす
	動作	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守りが必要 <input checked="" type="checkbox"/> 介助が必要 <input type="checkbox"/> 全介助(介助内容: 自走できない)
知覚	視力	<input type="checkbox"/> 問題なし <input checked="" type="checkbox"/> やや難あり(両目・右目・左目) <input type="checkbox"/> 見えない <b>眼鏡:</b> <input checked="" type="checkbox"/> あり使っていない <input type="checkbox"/> なし
	聴力	<input type="checkbox"/> 問題なし <input checked="" type="checkbox"/> 大きな声で聞こえる(両耳・右耳・左耳) <input checked="" type="checkbox"/> 補聴器・集音器で聞こえる <input type="checkbox"/> 聞こえない <b>用具や介助内容:</b> ほとんど使っていない
コミュニケーション理解と表現	方法	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 筆談 <input type="checkbox"/> 手話 <input type="checkbox"/> 文字盤 <input type="checkbox"/> パソコン <input type="checkbox"/> 点字 <input type="checkbox"/> 意思伝達装置 <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> スマホ
	会話	<input type="checkbox"/> 普通 <input checked="" type="checkbox"/> おおむね可能 <input type="checkbox"/> 簡単な返事は可能 <input type="checkbox"/> できない
睡眠	状況	<input type="checkbox"/> 良 <input checked="" type="checkbox"/> 不良 <b>睡眠剤:</b> <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( )
嗜好	<b>喫煙:</b> <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり( 時々2~3 )本位/日 <b>飲酒:</b> <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( )を( )ml位/日	
精神面における療養上の問題	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり: ( <input type="checkbox"/> うつ病 <input type="checkbox"/> 適応障害 <input type="checkbox"/> 統合失調症 <input type="checkbox"/> 双極性障害 <input type="checkbox"/> 依存症 <input type="checkbox"/> 神経症 <input type="checkbox"/> 器質性/症状性精神障害 <input type="checkbox"/> パニック障害 <input type="checkbox"/> 発達障害 <input type="checkbox"/> 認知症(BPSD) <input checked="" type="checkbox"/> 他 ) <b>後ろ向きな発言がある</b>	
家族の介護支援力	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( <input type="checkbox"/> 常時 <input type="checkbox"/> 日中のみ <input type="checkbox"/> 夜間のみ <input type="checkbox"/> ( )日/週 ) <input type="checkbox"/> 見込めない <input type="checkbox"/> 支援者なし	
家族や同居者等による虐待の疑い	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( 内容: 長男にお会いできていないので未確院。来院された場合は親子の関係性をご確認ください )	
家族への介護指導	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり→理解 <b>退院後の生活サポートに必要な項目です。</b> ( )	
禁忌事項 ( 禁忌動作等 )	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( 内容: 在宅での状況を伝え、病院と協働して解決に向かいましょう。 )	

## ◎ 医療状況

アレルギー	薬品: <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( ) 食品: <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり( 桃 ) 金属・ゴム・絆創膏・( なし )		
感染症	<input type="checkbox"/> HBV <input type="checkbox"/> HCV <input type="checkbox"/> MRSA : <input type="checkbox"/> 保菌 <input type="checkbox"/> 発症( <input type="checkbox"/> 痰 <input type="checkbox"/> 血液 <input type="checkbox"/> 尿 <input type="checkbox"/> 創部 ) <input checked="" type="checkbox"/> 他( 知らないでお知らせください )		
医療処置	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 高カロリー <b>入院前の医療管理状況は、入院後に引き継ぐべき重要な情報です。</b> <input type="checkbox"/> 酸素( <input type="checkbox"/> 鼻管 <input type="checkbox"/> 鼻面罩 <input type="checkbox"/> 頭面罩 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 透析( 血液・腹膜 ) <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 経鼻栄養 <input type="checkbox"/> 経腸栄養(種類: <input type="checkbox"/> 、サイズ: <input type="checkbox"/> Fr、最終交換(予定)日: / / ) <input type="checkbox"/> 尿道カテーテル <input type="checkbox"/> 自己導尿 <input type="checkbox"/> 留置尿管( <input type="checkbox"/> 留置期間: <input type="checkbox"/> 日 <input type="checkbox"/> 留置部位: <input type="checkbox"/> 、 <input type="checkbox"/> 留置頻度: <input type="checkbox"/> ) <input checked="" type="checkbox"/> 排便コントロール( <input type="checkbox"/> 下便 <input type="checkbox"/> 上便 <input type="checkbox"/> 絞便 <input type="checkbox"/> 元便 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 部位: <input type="checkbox"/> 、 <input type="checkbox"/> 頻度: <input type="checkbox"/> ) <input type="checkbox"/> ドレーン管理( <input type="checkbox"/> 挿入部: <input type="checkbox"/> 、 <input type="checkbox"/> 処置頻度: <input type="checkbox"/> ) <input type="checkbox"/> 褥瘡( 部位: <input type="checkbox"/> 、 <input type="checkbox"/> 頻度: <input type="checkbox"/> ) <input type="checkbox"/> 創処置( 部位: <input type="checkbox"/> 、 <input type="checkbox"/> 頻度: <input type="checkbox"/> ) <input type="checkbox"/> 疼痛コントロール <input type="checkbox"/> 口腔内( <input type="checkbox"/> 歯 <input type="checkbox"/> 歯周 <input type="checkbox"/> 舌 <input type="checkbox"/> 粘膜 ) <input type="checkbox"/> 他( ) <input type="checkbox"/> 医療材料( <input type="checkbox"/> 、 <input type="checkbox"/> 衛生材料( <input type="checkbox"/> ) : 在宅療養指導管理医療機関( ) )		

医療処置方法	<input type="checkbox"/> 自己管理 <input type="checkbox"/> 家族管理 <input checked="" type="checkbox"/> 訪問看護 <input checked="" type="checkbox"/> 他(ディサービス看護師と訪問看護連携で1回/3日の排便コントロール )
急変時受け入れ病院	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり( <input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 病院 ) <input type="checkbox"/> かかりつけ <input type="checkbox"/> かかりつけ <input type="checkbox"/> 地域の野市 <input type="checkbox"/> きゅう 薬局・P店
内服薬	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり(別紙参照) <input type="checkbox"/> 在宅手帳 <input type="checkbox"/> 薬剤情報提供書 <input type="checkbox"/> 診療情報提供書 <input type="checkbox"/> 看護サマリー <input type="checkbox"/> 他
薬剤管理	<input type="checkbox"/> 自己管理 <input type="checkbox"/> 家族管理( ) <input checked="" type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問薬剤師 <input checked="" type="checkbox"/> 訪問介護 <input checked="" type="checkbox"/> 他(Kディサービス)
病院・施設・訪問看護上の課題点	<p><b>ケアマネジャーのケアプラン「サービス導入」の根拠になる項目です。</b></p> <p><b>この項目は 入院で引き継ぐべき課題となり、在宅側と病院の同職種どうしの連携が必要になります。</b></p>
病院・施設・訪問リハビリ上の課題点	<p><input type="checkbox"/>本人指導 <input type="checkbox"/>家族指導 <input type="checkbox"/>関節可動域練習(ストレッチ含む) <input type="checkbox"/>筋力増強運動 <input type="checkbox"/>疼痛管理  <input type="checkbox"/>麻痺 <input type="checkbox"/>在宅療養支援計画立案に向けた立等基本動作練習 <input type="checkbox"/>嚥食嚥下訓練 <input type="checkbox"/>高次脳機能訓練  <input checked="" type="checkbox"/>ADL <input type="checkbox"/>「在宅チームの情報共有シート」としても <input type="checkbox"/>IADL <input type="checkbox"/>練習 <input type="checkbox"/>買い物(調理等) <input type="checkbox"/>外出訓練  <input type="checkbox"/>運動用器具 <input type="checkbox"/>更生器具・福祉用具等管理 <input type="checkbox"/>住環境 <input type="checkbox"/>専門性が違うと支援のポイントや大切にしていることが違います。  <input type="checkbox"/>社会復帰 <input type="checkbox"/>就労支援 <input type="checkbox"/>趣味活動 <input type="checkbox"/>リハビリ連携( ) <input type="checkbox"/>他</p>
病院・施設・訪問栄養管理上の課題点	<p><input type="checkbox"/>本人指導 <input type="checkbox"/>精神状態・機能評価 <input type="checkbox"/>食形態 <input type="checkbox"/>調理 <input type="checkbox"/>糖尿病 <input type="checkbox"/>嗜好(偏食・食生活)  <input type="checkbox"/>認知症 <input type="checkbox"/>精神疾患 <input type="checkbox"/>口渴 <input type="checkbox"/>食事療法アドバイス <input type="checkbox"/>分からない時は勇気を出して聞こま  <input checked="" type="checkbox"/>通販・配食( ) <input type="checkbox"/>栄養補給・補助食品 <input type="checkbox"/>経管 <input type="checkbox"/>口食品選択・買物方法  <input type="checkbox"/>栄養士連携( ) <input type="checkbox"/>施設・病院 <input type="checkbox"/>末期癌 <input type="checkbox"/>も( )  <input type="checkbox"/> </p>
病院・薬局・薬剤管理上の課題点	<p><input type="checkbox"/>本人指導 <input type="checkbox"/>家族指導 <input type="checkbox"/>運動評価 <input type="checkbox"/>副作用・副作用 <input type="checkbox"/>副作用 <input type="checkbox"/>チームの中での自分の役割を考え  <input type="checkbox"/>薬剤 <input type="checkbox"/>精神機能評価 <input type="checkbox"/>口服薬アドバイス <input type="checkbox"/>ましよう。口他( )  <input type="checkbox"/>相互作用 <input type="checkbox"/>処方薬、OTC薬、健康食品等 <input type="checkbox"/>調剤薬局連携( )</p>
MSWの課題点	<p><input type="checkbox"/>各種医療費助成制度活用 <input type="checkbox"/>各種制度申請支援 <input type="checkbox"/>地域移行・定着支援 <input type="checkbox"/>生活面・悩み相談  <input type="checkbox"/>家族等関係性調整(虐待などを含む) <input type="checkbox"/>社会復帰・就労・復学支援 <input type="checkbox"/>一時入院、受診窓口相談  <input type="checkbox"/>外 <input type="checkbox"/>前回の入院加療の評価 症状・病期 自己管理能力 家族等の状況 <input type="checkbox"/>がん相談・献血等)</p>

### ◎包括・ケアマネジメントの

ケアプランの評価等につながる情報です。

入院歴	最近半年間の入院 <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり(期間 × 年△月○日～×年△月△日(理由:心不全))
入院頻度	<input type="checkbox"/> 頻度は高い <input checked="" type="checkbox"/> 頻度は低い チェックして送付するだけでなく、病院担当者に理由も添えて <input type="checkbox"/> 今回が初めて カンファレンスの開催希望を連絡しましょう。
入院前の利用サービス	<small>*同封の書類をご確認下さい</small> <input type="checkbox"/> 店モニタービス計画書1.2.3 <input type="checkbox"/> 他()
カンファレンスの希望	<input checked="" type="checkbox"/> IC同席 <input checked="" type="checkbox"/> 介護連携CF <input type="checkbox"/> 多職種CF <input checked="" type="checkbox"/> 退院前共同CF <input type="checkbox"/> 退院前訪問指導同行 <b>*面接できていないので長男様とのIC時に同席希望します！</b>
ケアマネの 今回の入院に対する アセスメント	入院前の生活課題:自己ケア能力・人間関係・介護力・住環境・経済面・心身変化・入院原因・ケアプラン評価等 味の濃いものを好み、ヘルパーに甘辛い物を依頼される傾向にあります。生活介護のヘルパーも栄養指導の際に同席させていただきたいと思います。本人の自立度によっては、入所や終末期について長男と話し合いが必要です。最近は、易疲労でデイサービスへの意欲が低下してきました。
お互いの確認事項	<b>病院側は、ケアマネジャーのアセスメントを必要としています。</b> 特に詳しく伝えたい内容については、面接や電話等で補足することが望ましいです。
ケアマネ↔医療機関	<b>退院時には病院からの、本項目に関する情報やケアマネジャーが送付した「入院時連絡シート」に対する回答を確認し、退院調整を行いましょう。</b>
退院時 必要書類 等	<b>退院</b> <b>サマリー</b> <b>診療情報</b> <b>成年後見人(氏名:</b> 本人の回復状況、進行の状況を状況子の元にし、支拂ひの方法、東急の連絡がござること。 民生委員の**さん、近隣の@@さんの協力を得ています。
必要な連絡先 在宅生活に必要な要件	<b>連絡先:</b> TEL: )