

退院・退所情報提供書

		面談日:	
情報提供元の医療機関・施設名	機関名	公立学校共済組合 東海中央病院	
	主治医名		
	TEL	058-382-3101	

利用者氏名		性別	
生年月日		歳	
入院期間	入院日	～	退院予定日
キーパーソン		介護への 関わりや仕 事内容	
連絡先			
医療保険の種類		障害者手帳	

項目		入院・入所中の状況	
疾病の状態	主病名	感染症の 有無	
	主症状		
	服薬の状況	服薬内容・処 方内容	
食事		食事内容	
移動		状態:	
入浴の可否		入浴禁忌	
排泄		排泄方法	
夜間の状態			
認知症状の有無		周辺症状:	<input type="checkbox"/> 幻視・幻覚 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 暴言・暴行 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食行動 <input type="checkbox"/> 性的問題行動
コミュニケーション			
療養上の留意する事項 (在宅サービスの禁忌)	在宅酸素 吸引頻度		経管栄養内容 褥瘡処置内容
退院指導の内容とその理 解度			
退院後の医療機関名		主治医名	