

澁川圏域における病院－在宅連携
「退院調整ルール」の手引き

令和 2年 4月

目次

1. 本手引きの作成にあたって	1
2. 本手引きのねらい	1
3. 本手引きの対象	
4. 退院調整の手順	
A【入院前に介護保険を利用していた場合】(ケアマネがいる患者の場合)	1
(1) 入院時	2
(2) 退院調整の開始	
(3) 退院前カンファレンス(1回目)	
(4) 退院前カンファレンス(2回目)	
(5) 退院時の共同指導	
(6) 退院時引継情報	
(7) 退院後	
B【入院後、新たに介護保険を利用する場合】	3
(入院前にケアマネがいない患者の場合)	
(1) 退院調整の開始	
(2) 在宅担当者への連絡	
1) 65歳以上の患者の場合	
2) 40歳以上65歳未満の患者の場合	4
(3) 退院前カンファレンス(1回目)	
※ 介護保険申請の手続き方法	
5. 担当ケアマネが決まっていない場合の居宅介護支援事業所 連絡先一覧	5
6. 退院調整におけるケアマネージャーの役割	7
7. ケアプラン作成の流れ	7
8. ケアマネージャーの業務	8~9
9. 入退院調整のための病院窓口等一覧	10
様式1-1	11
様式1-2	12
様式2	13
【参考資料】	
退院調整に関して算定可能な診療報酬・介護報酬の例	16

病院-在宅連携「退院調整ルール」の手引き（渋川圏域版）

1. 本手引きの作成にあたって

医療機関から在宅へ患者が退院するに際しては、「退院前から医療と介護が連携し、退院後の生活や療養を支えることができること」が求められています。

しかし、平成27年5月に実施した渋川地区のケアマネジャーを対象とした「退院調整に関するアンケート調査」において、40.0%（要支援：25.0%、要介護：43.5%）の退院調整もれがあることがわかりました（平成27年4月1か月間の退院事例）。

このようなことから、本手引きは、医療と介護の連携を図ることで、より充実した患者支援ができ、円滑な在宅への移行を図ることを目的としています。

また、本手引きは、よりよい連携を目指して必要時に改訂をします。

2. 本手引きのねらい

退院支援がなかったために、退院後困ったことになった患者さんや家族がいます。

そのような事例を1例でもなくすために、みんなで連携して「退院調整ルール」を実践しましょう。

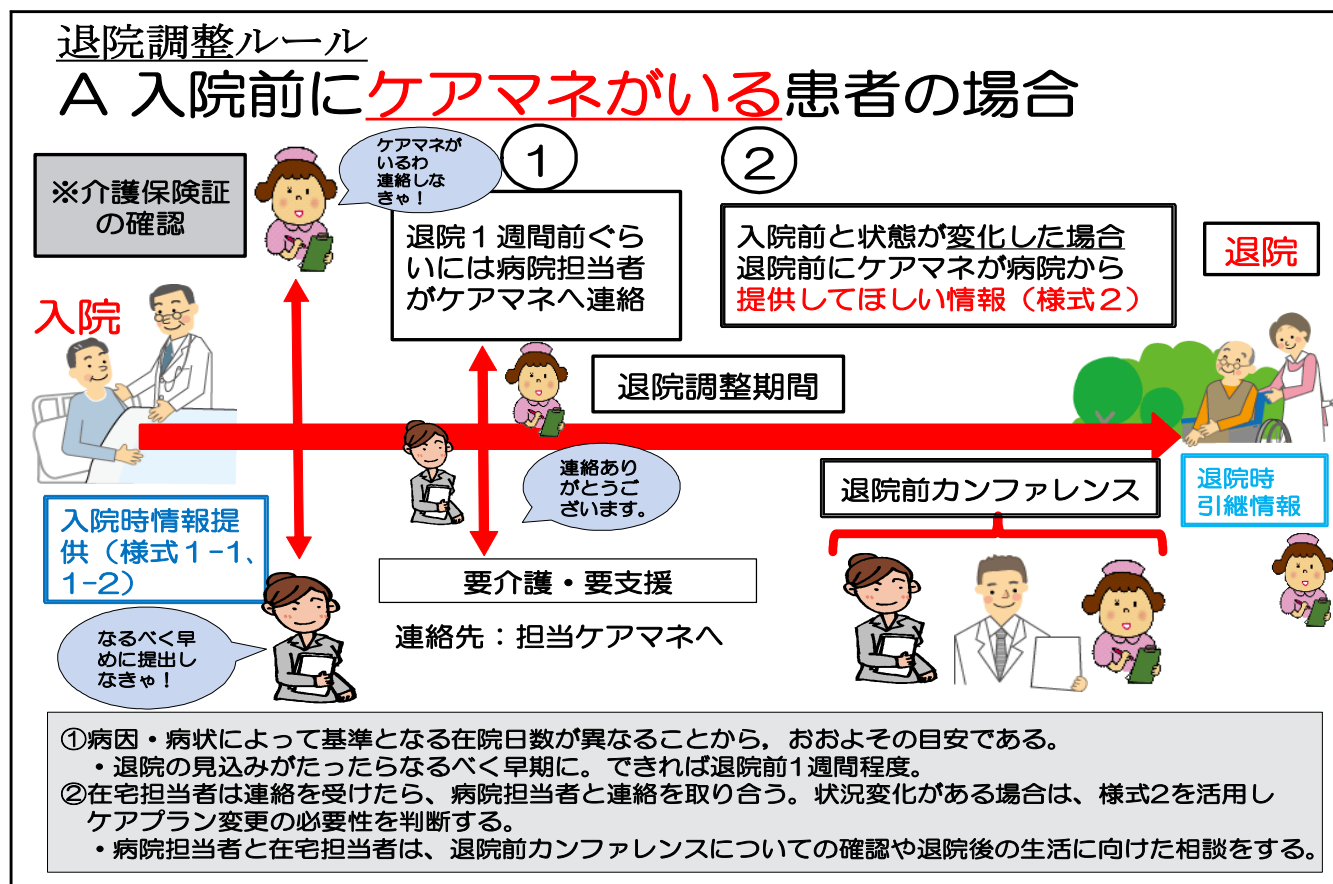
3. 本手引きを使用する機関

群馬県渋川圏域（渋川市、榛東村、吉岡町）の病院（小児医療センター除く）、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所

4. 退院調整の手順

☆患者が入院してきたら、病院では、介護保険証を確認する。

A【入院前に介護保険を利用していた場合】（ケアマネがいる患者の場合）



(1) 入院時

- ① ケアマネジャー・地域包括支援センター(以下、在宅担当者)は、普段から家族に「入院したら電話を下さい」と依頼をしておき、在宅担当者の情報が伝わる工夫をしておく。

■工夫■

- ・健康保険証と介護保険証を一緒に保管し、介護保険証に担当ケアマネの名刺を挟んでおき、入院時に介護保険証も一緒に病院に提示することをケアマネから利用者及び家族に依頼する。
- ・介護保険証に担当する事業所の電話番号を利用者及び家族の同意を得て記入しておく。

- ② 病棟看護・地域連携室の退院担当者(以下、病院担当者)は、家族又は介護保険証から在宅担当者を確認し、本人・家族から在宅担当者に連絡するよう依頼する。本人・家族が連絡困難な場合、病院担当者は、患者が入院した旨を在宅担当者に直接連絡する。
- ③ 在宅担当者は本人の入院を把握したら、病院に入院時情報提供シート(別紙様式1-1、1-2参照)を病院が指定するFAXに送信又は担当窓口を持参する。

■FAX送信の留意点■

- ・病院の指定する対応窓口へFAXを送る旨電話連絡を入れ、保護すべき内容を確認し情報に確認した対応を施して病院へFAXする。
- ・病院担当者は、FAXを受け取ったらその旨ケアマネに電話連絡
- ・必要に応じてケアマネは原本を病院に郵送

(2) 退院調整の開始

病院担当者は、可能な範囲で在宅担当者の退院調整に必要な期間(ケアプランの修正、サービス事業所との調整期間:「概ね1週間」)を考慮して、在宅担当者に連絡する。

※ 病院担当者から在宅担当者への連絡は、要支援から要介護への変更の可能性等に関係なく入院時情報提供元、介護保険証の記載事業所に連絡する。

(3) 退院前カンファレンス(1回目)

- ① 病院担当者は、入院前と状態変化がある場合、在宅担当者がケアプラン修正に必要な情報(別紙様式2:退院調整共有情報シート参照)を院内の関係者から収集し、在宅担当者に提供する。
- ② 病院担当者は、面談時に在宅担当者に患者情報を説明する。
- ③ 病院担当者と在宅担当者は、退院前に追加の退院前カンファレンスや多職種での退院前カンファレンスの必要性などを確認する。

(4) 退院前カンファレンス(2回目)

病院担当者と在宅担当者は、本人(家族)を交えて看護・リハビリ・栄養などと在宅での看護、リハなど必要なサービスとの引継ぎとして実施する。

※ 詳細な実施方法は各病院の指示に基づく。

(5) 退院時の共同指導【実施の要否は病院担当者が決定する】

入院中の患者に対して、入院中の病院の医師が、在宅療養を担う医療機関の医師若しくは看護師、歯科医師若しくはその指示を受けた歯科衛生士、保険薬局の薬剤師、訪問看護ステーションの看護師又は居宅介護支援事業者の介護支援専門員うち、いずれか3者以上と共同して指導を行う。

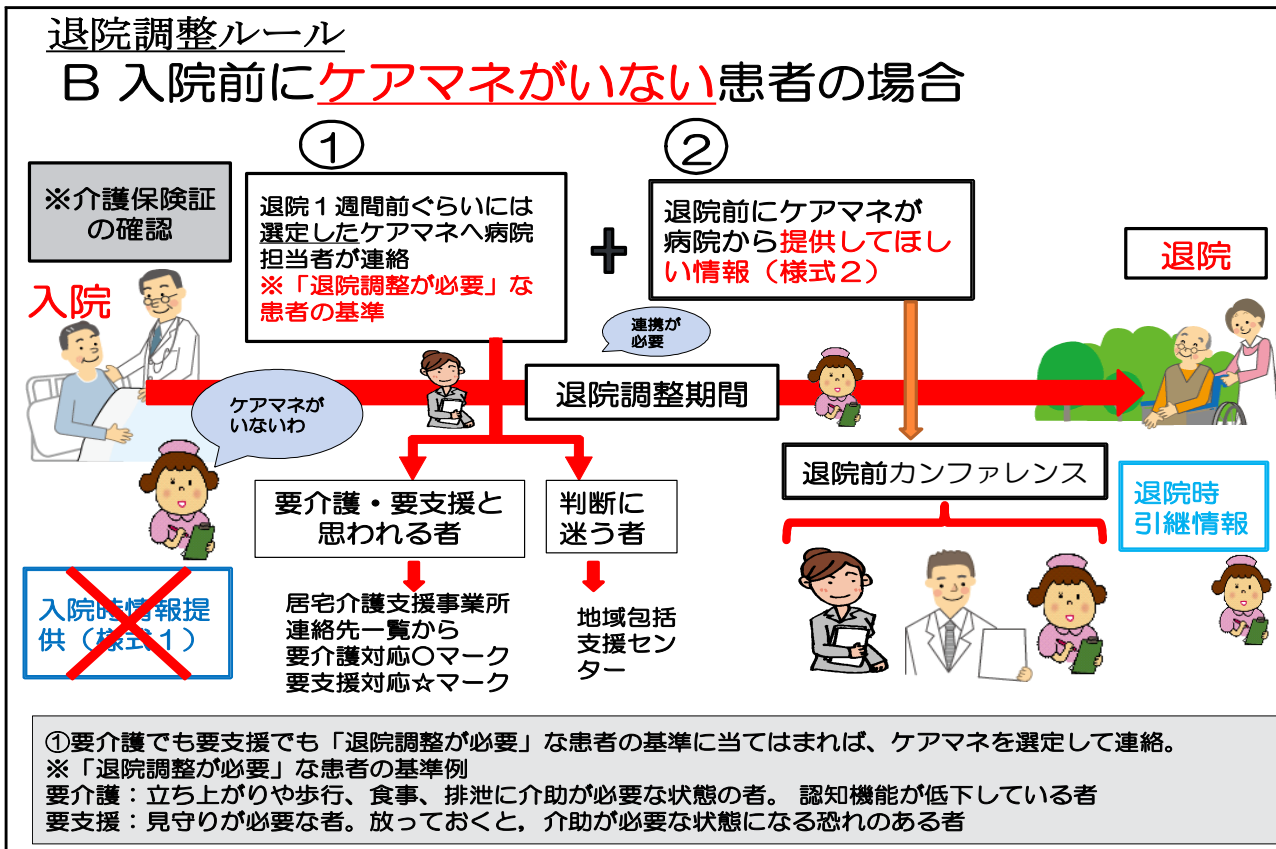
(6) 退院時引継情報

- ① 病院担当者は、看護・介護の引継情報(退院後に想定される看護・介護の問題や最終排便日・入浴日、服薬内容:病院様式(看護サマリー等)を在宅担当者に提供するよう努める。
- ② 在宅担当者は、上記情報を把握するように努める。

(7) 退院後

在宅担当者は退院後にケアプランの写しを病院に提供する。

B【入院後、新たに介護保険を利用する場合】（入院前にケアマネがない患者の場合）



(1) 退院調整の開始

病院担当者は、可能な範囲で退院調整に必要な期間(介護保険申請、暫定ケアプランの作成、サービス事業所との調整期間：「概ね1週間」)を考慮して、退院調整を開始する。

(2) 在宅担当者への連絡

病院担当者は、「在宅可能」と判断したら、下記の基準により在宅担当者へ連絡を入れる。選定したケアマネに様式2を送付する。

1) 65歳以上の患者の場合

退院調整が必要な患者の基準（要介護認定されていない患者）

(ア)退院調整が必要な患者

- ①立ち上がりや歩行などに介助が必要な方
- ②食事に介助が必要な方
- ③排泄に介助が必要、あるいはポータブルトイレを使用中
- ④日常生活に支障を来すような精神症状または認知症状のある方

⇒ **居宅介護支援事業所一覧の ○(要介護)の事業所へ連絡**（5～6ページ参照）

(イ)それ以外で見逃してはいけない患者

- ⑤在宅では、独居かそれに近い状態で、調理や掃除など身の回りの周辺動作に 介助が必要な方
- ⑥(ADLは自立でも)がん末期の方、新たに医療処置（膀胱バルーンカテーテル留置、経管栄養吸引など）が追加された方

⇒ **居宅介護支援事業所一覧の ☆(要支援)の事業所へ連絡**（5～6ページ参照）

(ウ)迷った場合や上記ア・イに該当するが本人・家族が希望しなかった等、困ったとき

⇒ **地域包括支援センターへ連絡**（6ページ参照）

2) 40歳以上65歳未満の患者の場合

患者が介護保険の対象となる特定の疾病（下記の介護保険の対象となる疾病参照）で、かつ、前ページの（ア）または（イ）の退院調整が必要な患者の基準であった場合

【介護保険の対象となる疾病】（40歳以上65歳未満）

- ① がん末期
- ② 関節リウマチ
- ③ 筋萎縮性側索硬化症
- ④ 後縦靭帯骨化症
- ⑤ 骨折を伴う骨粗しょう症
- ⑥ 初老期における認知症
- ⑦ 進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症及びパーキンソン病
- ⑧ 脊髄小脳変性症
- ⑨ 脊柱管狭窄症
- ⑩ 早老症
- ⑪ 多系統萎縮症
- ⑫ 糖尿病性神経障害、糖尿病性腎症及び糖尿病性網膜症
- ⑬ 脳血管疾患
- ⑭ 閉塞性動脈硬化症
- ⑮ 慢性閉塞性肺疾患
- ⑯ 両側の膝関節又は股関節に著しい変形を伴う変形性関節症

(3) 退院前カンファレンス(1回目)

- ① 病院担当者は、在宅担当者がケアプラン作成に必要な情報（別紙様式2：退院調整共有情報シート参照）を院内の関係者から収集し、連絡と同時に退院調整共有情報シートを在宅担当者に提供する。
- ② 在宅担当者は、家族と連絡を取り、早急に病院担当者と面談の機会を作る。介護保険制度やサービスの利用に関する説明をし、退院後の生活に向けて調整を始める。
- ③ 病院担当者と在宅担当者は、退院前に追加の退院前カンファレンスや多職種での退院前カンファレンスの必要性などを確認する。

※ 以降の流れは、入院前に介護保険を利用していた場合の（4）以降と同じ。

※ 介護保険申請の手続き方法

介護保険の申請を希望する場合、

患者が65歳以上の場合→家族等が介護保険証をもって市町村の担当課へ手続きに行く。

40歳以上65歳未満の場合→家族等が医療保険証をもって市町村の担当課へ手続きに行く。

・申請は在宅担当者が代行可能

担当ケアマネが決まっていない場合の居宅介護支援事業所 連絡先一覧 (R2.4.1現在)

No	事業所名	所在地	電話番号	FAX番号	要介護	要支援	サービス提供地域
1	あおぞらケアサービス	渋川市渋川(大崎)1521-1	0279-24-8158	0279-26-8080	○	☆	渋川・榛東・吉岡
2	JA北群渋川福祉センター	渋川市渋川(東町)1981-3	0279-23-1211	0279-23-2140	○	☆	渋川・榛東・吉岡
3	居宅介護支援事業所 ゆめ	渋川市渋川(辰巳町)1824-24	0279-25-8668	0279-25-8698	○	☆	渋川・榛東・吉岡
4	居宅介護支援事業所 菜の花	渋川市渋川(辰巳町)1826-26	0279-26-9033	0279-26-9134	○	☆	渋川・榛東・吉岡
5	ケアプランセンターほくもう	渋川市渋川(坂下町)908-22	0279-30-2077	0279-30-2060	○	☆	渋川・榛東・吉岡
6	居宅介護支援事業所 なごみ	渋川市(坂下町)910-30	0293-60-8780	0279-23-5150	○	☆	渋川・榛東・吉岡
7	かがやきケアプランセンター	渋川市渋川(御蔭)4143-1	0279-26-3307	0279-26-3308	○	☆	渋川市
8	ケアプランセンターしぶかわ	渋川市渋川(藤ノ木)2659	0279-26-3565	0279-26-7571	○	☆	渋川・榛東・吉岡
9	居宅介護支援事業所シオンの丘	渋川市渋川(明保野)3653-1	0279-26-2290	0279-26-3334	○	☆	渋川・榛東・吉岡
10	はるかぜ居宅介護支援事業所	渋川市阿久津134-3	0279-25-7093	0279-25-0033	○	☆	渋川・榛東・吉岡
11	居宅介護支援事業所ピースフル・ケア	渋川市金井899-1	0279-60-8288	0279-60-8289	○	☆	渋川・榛東・吉岡
12	居宅介護支援センターかない苑	渋川市金井2212-1	0279-24-8321	0279-24-8332	○	☆	渋川市
13	苗介護相談室	渋川市金井2729-8	0279-25-8055	0279-25-8036	○	☆	渋川・榛東・吉岡
14	居宅介護支援事業所 いろは	渋川市有馬234-1	0279-51-8701	0279-51-8105	○	☆	渋川・榛東・吉岡
15	居宅介護支援事業所 永光荘	渋川市半田785-5	0279-23-1401	0279-20-1237	○	☆	渋川・榛東・吉岡
16	居宅介護支援事業所 一休	渋川市半田815-8	0279-23-1993	0279-25-8883	○	☆	渋川・榛東・吉岡
17	こすもす居宅介護支援事業所	渋川市半田1048	0279-23-1520	0279-23-1518	○	☆	渋川・榛東・吉岡
18	居宅介護支援事業所ベルジ渋川	渋川市半田2726-1	0279-30-0034	0279-25-8863	○	△	渋川・榛東・吉岡
19	居宅介護支援事業所 べにばな	渋川市半田字沼辺1861-1	0279-26-3000	0279-26-3001	○	☆	渋川・吉岡
20	ケアサポートなごみ	渋川市行幸田324-7	0279-25-8753	0279-26-7511	○	☆	渋川・榛東・吉岡
21	渋川中央病院	渋川市石原508-1	0279-25-3366	0279-60-6566	○	☆	渋川・榛東・吉岡
22	居宅介護支援事業所スローライフ	渋川市石原1269-1	0279-30-1105	0279-30-1106	○	☆	渋川・榛東・吉岡
23	居宅介護支援事業所 銀玲	渋川市石原564-1	0279-60-6655	0279-60-6656	○	☆	渋川市
24	ケアプランセンター明月	渋川市伊香保町伊香保525-202	0279-20-3100	0279-72-2822	○	☆	渋川市
25	特別養護老人ホーム春日園居宅介護支援事業所	渋川市中郷2399-7	0279-25-7507	0279-53-3877	○	☆	渋川市
26	渋川市社協ケアプランセンター	渋川市吹屋658-20	0279-60-6811	0279-24-6231	○	☆	渋川市
27	居宅介護支援事業所ひなたぼっこ	渋川市赤城町津久田1-5	0279-26-7333	0279-26-7334	○	☆	渋川市
28	あいケアサポート	渋川市赤城町津久田2567-1	0279-56-2419	0279-26-2747	○	☆	渋川市
29	居宅介護支援事業所 赤城苑	渋川市赤城町北赤城山1055-1	0279-26-2217	0279-56-4400	○	☆	渋川・榛東・吉岡
30	あゆみ介護支援センター	渋川市北橋町八崎394-2	0279-25-7676	0279-24-2561	○	☆	渋川・榛東・吉岡
31	つどい支援事業所渋川	渋川市北橋町八崎2334-3	0279-52-4995	0279-60-1119	○	☆	渋川・吉岡
32	ケアプランセンターねむの丘	渋川市北橋町八崎2365-1	0279-52-4189	0279-52-3653	○	☆	渋川市
33	居宅介護支援事業所しんとう苑	榛東村広馬場1797-1	0279-55-6226	0279-55-6301	○	☆	渋川・榛東・吉岡
34	居宅介護支援事業所 喜望峰	榛東村山子田2547-1	0279-30-5655	0279-30-5266	○	☆	渋川・榛東・吉岡
35	ケアプランおかべ	榛東村山子田882	0279-54-2791	0279-54-2791	○	☆	渋川・榛東・吉岡

N o	事業所名	所在地	電話番号	F A X番号	要介護	要支援	サービス提供地域
36	榛東村社会福祉協議会	榛東村新井507-3	0279-55-5294	0279-54-1127	○	△	榛東村
37	さくら介護サービス	榛東村新井2481-4	0279-54-0200	0279-26-3150	○	☆	渋川・榛東・吉岡
38	タカギツネカワリゾート 市役所通りケアわん	榛東村長岡878	0279-26-7412	0279-26-7846	○	☆	渋川・榛東・吉岡
39	居宅介護支援事業所 みずき	吉岡町陣場98	0279-55-6230	0279-55-6225	○	☆	渋川・榛東・吉岡
40	居宅介護支援事業所神奈備	吉岡町大久保1719	0279-25-7011	0279-25-7012	○	☆	渋川・榛東・吉岡
41	ふなお居宅介護支援事業所	吉岡町上野田2135	0279-54-2700	0279-54-3703	○	☆	渋川・榛東・吉岡

N o	事業所名	所在地	電話番号	F A X番号	要介護	要支援
1	渋川市中央地域包括支援センター 渋川(大崎、下郷、東町、新町、下ノ町、南町、長塚町、寄居町、坂下町、辰巳町)、石原(熊野町)地域	渋川市石原80	0279-22-2179	0279-20-1103	△	☆
2	渋川市西部地域包括支援センター 渋川(並木町、中ノ町、上ノ町、川原町、裏宿、元町、御蔭、入沢、上郷、藤ノ木、明保野)、金島(金井軽浜)地域	渋川市渋川(藤ノ木)2659	0279-26-7567	0279-26-7571	△	☆
3	渋川市金島・伊香保地域包括支援センター 金島(金井軽浜を除く)、伊香保地域	渋川市金井2212-1	0279-24-8366	0279-24-8367	△	☆
4	渋川市古巻地域包括支援センター 古巻地域	渋川市半田785-5	0279-24-1300	0279-24-1305	△	☆
5	渋川市豊秋地域包括支援センター 豊秋地域(熊野町を除く)	渋川市石原564-1	0279-22-2231	0279-60-6656	△	☆
6	渋川市小野上・子持地域包括支援センター 小野上・子持地域	渋川市中郷2399-7	0279-25-8025	0279-53-3877	△	☆
7	渋川市赤城地域包括支援センター 赤城地域	渋川市赤城町北赤城山1055-1	0279-26-2218	0279-26-2219	△	☆
8	渋川市北橘地域包括支援センター 北橘地域	渋川市北橘町八崎2349-17	0279-25-7720	0279-25-7798	△	☆
9	榛東村地域包括支援センター	榛東村新井793-2	0279-25-8441	0279-55-0194	△	☆
10	吉岡町地域包括支援センター	吉岡町南下1333-4	0279-54-4323	0279-54-3673	△	☆

6 退院調整におけるケアマネジャーの役割

対象者:介護(要支援)認定を受けている人・見込みの人、「総合事業」対象者

条件:本人・家族が在宅退院(自宅とは限らない)の意思を持っている人でケアマネ契約が整った人

業務:ケアプランを策定し適正なサービスの提供の支援を行うこと。

※退院調整の報酬を得るのは、在宅退院となりケアプランを作成し、サービス利用した場合のみ(介護保険施設、転院先の紹介などは規定された業務ではない)

7 ケアプラン作成の流れ

① 契約・面談(本人・家族)

退院後の住居、家族支援の状況確認、本人・家族の生活上の課題・ニーズの把握をしながら、契約の手続きを行う。

② 病院からの情報収集

身体機能の低下の状況、要因の分析、生活機能の予後予測

③ ケアプラン原案作成

自立支援、課題解決に向け必要なサービスを想定

④ サービス事業所との調整

事業所の選定、事業所へ利用者情報の提供

⑤ 退院前カンファレンス

サービス事業所を交えた病院との引継ぎ

⑥ サービス担当者会議

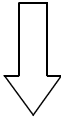
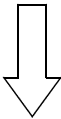
サービス事業所間で目標・課題を共有、事業所の役割分担を確認

⑦ サービス提供開始(退院)

※詳しくは、「ケアマネジャーの業務」をご覧ください。

8 ケアマネジャーの業務

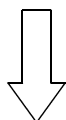
☆病院から退院するケース：新規受付～在宅受け入れ可能になるまで☆

<p>居宅新規受付</p> 	<ol style="list-style-type: none"> 1) 病院または、家族から電話で依頼を受ける 2) 事業所内で担当者を決定 3) 病院から退院調整共有情報シートの提供を受ける 4) 家族とともに初回訪問の日程調整 <div style="border: 2px dashed gray; padding: 10px; margin-top: 10px;"> <ul style="list-style-type: none"> ・介護保険証の確認が出来れば早い。 ⇒未申請であれば、代行申請から必要。 ・ケアマネの担当件数が決まっているので、担当者を決めるのにも時間が必要。 ・家族が就労などで連絡がとれないことが多く、初回訪問まで時間が掛かることも多い。 </div> <p style="text-align: right; color: red; font-weight: bold;">Check! ☝</p>	<p>目安は 1日～ 2日間</p>
<p>病棟に初回訪問 (インテーク・アセスメント)</p> 	<ol style="list-style-type: none"> 1) 介護保険証の確認 2) 本人又はその家族に対し、居宅介護支援についての契約及び重要事項の説明、個人情報の使用について説明し、同意を得たのち、署名捺印を頂き一部交付 3) 『居宅サービス計画作成依頼届け』の記載依頼 4) 病棟から、本人の状態説明や退院後の生活についての助言など、情報提供を受ける 5) 基本情報聴取・アセスメント(課題分析)を実施 6) サービス事業者の情報提供を行い、サービス選択を求める 7) 居宅へ訪問(家屋状況の確認) <div style="border: 2px dashed gray; padding: 10px; margin-top: 10px;"> <ul style="list-style-type: none"> ・アセスメントは、利用者の居宅を訪問し、利用者及び家族に面接しなければならない。 しかし、利用者が入院中であることなど物理的な理由がある場合は病院での実施も可能。 ⇒入院中は、病院と居宅の訪問が必要になる。 ・本人の状態像に変化があり、住宅改修などの可能性があれば、本人の動きを自宅で確認する必要がある。また、事務手続きには1ヶ月位かかるかも。 </div> <p style="text-align: right; color: red; font-weight: bold;">Check! ☝</p>	<p>目安は 1日～ 2日間</p>

事務処理

- 1) 市役所へ書類提出代行申請
『居宅サービス計画作成依頼届け』
『主治医意見書・認定調査票の資料提供申請』
- 2) 利用者台帳・基本情報の作成（パソコン入力）
- 3) アセスメントをもとに、ケアプラン原案を作成
- 4) 必要と思われるサービス事業者の調整
- 5) 主治医との連携
- 6) サービス担当者会議の開催調整と書類準備
(利用票・提供票、介護保険証の写しなど)

目安は
1日～
2日間



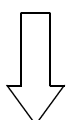
- ・事業所の営業日や市役所の開庁時間など、曜日や時間に制限がある。
- ・医療系サービスを計画に位置づける場合は、主治医より助言を頂くことが必修。
⇒ケアプラン作成連絡票を活用するが、主治医との連絡調整にも時間を要する。

Check!
☝

ケアプランの確定 (ケアプランの交付)

- 1) 担当者会議の開催で情報共有
- 2) ケアプランの修正・確定
- 3) ケアプラン・利用票について、利用者又は家族に説明し、同意を得たのち、署名捺印を頂き一部を交付
- 4) 担当者会議録の作成
- 5) 提供票の交付

目安は
1日～
2日間



- ・担当者会議では、サービス担当者から専門的な見地からの意見を聴取しなければならない。欠席する事業所には事前に照会での意見聴取が必要。
⇒事業所が多くなればなるほど、調整に時間が掛かる。
- ・提供票を事業所に交付した証拠として、受領のサインが必要なので原則手渡ししている。

Check!
☝

(サービス事業者の
契約)

サービス利用を開始するには
ここまでが必要

- *当然のことながら、利用者は1人ではありません。他のケースも動いています。
- *動きは全て、支援経過として記録する必要があります。

入退院調整のための病院相談窓口等一覧（令和2年4月1日現在）

病院名	入院前に介護保険を利用していた(ケアマネがいる)人の場合						入院前に介護保険を利用していない(ケアマネがない)人の場合		
	ケアマネからの入院時情報はどこに？		退院調整の期間を残し、在宅判断は可能？	誰がケアマネに電話をする？	ケアマネとの面談主体は？	誰がケアマネに退院日を連絡する？	誰が介護保険を説明する？	誰がケアマネ契約の支援をする？	誰が契約後のケアマネと連絡をとる？
	(事前に電話で連絡の上、)手渡しの場合	FAXの場合							
北毛病院	《地域連携室へ》 ☎0279-24-1234(代表) ☎0279-25-8673(直通) 【土曜】13:00以降は総合受付 【日曜・祝日・夜間】総合受付	《地域連携室あて》 0279-24-1238(直通)	看護師判断で可能 ※医師判断や家族希望で不可の場合も	【ソーシャルワーカーが介入】 ソーシャルワーカー 病棟看護師 【ソーシャルワーカー未介入】 病棟看護師	【ソーシャルワーカー介入】 ソーシャルワーカー 病棟看護師 【ソーシャルワーカー未介入】 病棟看護師	【ソーシャルワーカー介入】 ソーシャルワーカー 病棟看護師 【ソーシャルワーカー未介入】 病棟看護師	病棟看護師 または ソーシャルワーカー	ソーシャルワーカー	病棟看護師 または ソーシャルワーカー
北関東循環器病院	《地域連携室へ》 ☎027-232-7111(代表) 【土曜】12:30以降はソーシャルワーカー不在 【日曜・祝日・夜間】ソーシャルワーカー不在	《地域連携室あて》 027-288-0305(直通)	看護師判断で可能	地域連携室	地域連携室 病棟看護師	地域連携室 家族(状況によって)	地域連携室 (相談担当)	地域連携室 (相談担当)	地域連携室
渋川中央病院	《地域連携室へ》 ☎0279-25-1711(代表) ☎0279-60-6565(リハビリ病棟代表) 希望によりソーシャルワーカーから病棟スタッフに 対応の連絡も可能 【土曜】ソーシャルワーカー不在 【日曜・祝日・夜間】ソーシャルワーカー不在	《地域連携室あて》 0279-60-6566 (リハビリ病棟代表)	【一般病棟】 医師判断のため困難 【回復期リハ病棟】 入院期間が決まっている ので、1か月前から2週間 前くらいまでに判断可能 【療養病棟】 1か月前くらいから調整 に入るので可能	地域連携室 (ソーシャルワーカー・看護 師) ※医師の場合もあり	地域連携室 (ソーシャルワーカー・看護 師)	地域連携室 (ソーシャルワーカー・看護 師)	地域連携室 (ソーシャルワ ーカー)	地域連携室 (ソーシャルワ ーカー)	地域連携室 (ソーシャルワ ーカー・看護 師)
関口病院	《地域医療連携室へ》 ☎0279-22-2378(代表) ☎0279-25-8787(直通) ソーシャルワーカー不在時は、受付又は看護ステ ーションに伝言 【土曜】12:30以降、通常どおりの問合せ対応不可 【日曜・祝日・夜間】通常どおりの問合せ対応不可	《地域医療連携室あて》 0279-25-8780(直通)	医師判断	ソーシャルワーカー	ソーシャルワーカー ※必要に応じて看護師や理学 療法士との面談セッション	ソーシャルワーカー	ソーシャルワーカー ※ソーシャルワ ーカーが概要を説明、 連携するケアマネに 詳細説明依頼	ソーシャルワーカー	ソーシャルワーカー
榛名病院	《地域連携室へ》 ☎0279-22-1970(代表) 【土曜】通常どおりの対応 【日曜・祝日・夜間】担当医が対応	《地域連携室あて》 FAX:0279-25-1132(代表)	可能	主に家族	地域連携室 ※状態確認の場合は病棟看 護師	主に家族	地域連携室 ※家族へ介護認定 の申請を働きかける	地域連携室 ※家族から相談が あった場合のみの支 援	地域連携室
赤城高原 ホスピタル	《ソーシャルワーカーへ》 ☎0279-56-8148(代表) 【土曜】通常どおりの対応 【日曜・祝日・夜間】病棟看護師が対応	《ソーシャルワーカーあて》 0279-56-8847(代表)	可能	ソーシャルワーカー 家族	ソーシャルワーカー ※状態確認の場合は病棟看 護師	ソーシャルワーカー 家族	ソーシャルワーカー	ソーシャルワーカー	ソーシャルワーカー
上之原病院	《地域移行連携室へ》 ☎0279-52-2221(代表) 【土曜】通常どおりの問合せ対応不可 【日曜・祝日・夜間】通常どおりの問合せ対応不可	《地域移行連携室あて》 0279-52-2205(代表)	医師判断によって 退院日を決定 ※場合によっては 調整可能	地域移行連携室 家族	地域移行連携室 医師	地域移行連携室 家族	地域移行連携室 医師	地域移行連携室 家族	地域移行連携室 家族
田中病院	《地域医療連携室へ》 ☎0279-54-2106(代表) ☎0279-70-8007(直通) 【土曜】通常どおりの対応 【日曜・祝日・夜間】通常どおりの問合せ対応不可	《地域医療連携室あて》 0279-54-0247(代表)	医師判断で可能	地域医療連携室 家族 病棟看護師	地域医療連携室 ※内容によっては、主治医や 病棟看護師も	地域医療連携室 家族	主治医 病棟看護師 地域医療連携室	地域医療連携室	家族 地域医療連携室
渋川医療 センター	《医療福祉相談室へ》 ☎0279-23-1010(代表) ☎0279-24-9229(直通) 【土曜】通常どおりの問合せ対応不可 【日曜・祝日・夜間】通常どおりの問合せ対応不可	《医療福祉相談室あて》 0279-26-7300(直通)	可能	医療福祉相談室	医療福祉相談室	医療福祉相談室	医療福祉相談室	医療福祉相談室	医療福祉相談室

居宅支援事業所 →

病院御中

記入日: 20

年

月

日

入院日: 20

年

月

日

情報提供日: 20

年

月

日

入院時情報提供シート

事業所名		担当者名	
事業所住所		電話/FAX	

ふりがな 氏名		生年月日	年	月	日	年齢	歳	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
住所						電話番号				

緊急時連絡先	氏名(ふりがな)	住所	続柄	電話番号

主…主介護者 ☆…キーパーソン ○…女性 □…男性	家族構成図	住環境	<input type="checkbox"/> 一戸建 <input type="checkbox"/> 集合住宅 (階建て 階)エレベーター <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
		在宅主治医	医療機関名() Tel: ()		
		要介護度	<input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 区分変更中 要支援 要介護		
		経済状況(金銭管理の状況)			
		障害者手帳の有無	<input type="checkbox"/> 有() 手帳 等級 <input type="checkbox"/> 無		
		関係機関			
		サービス利用状況			
		<input type="checkbox"/> 訪問介護(回/週) <input type="checkbox"/> 訪問看護(回/週) <input type="checkbox"/> 通所介護(回/週) <input type="checkbox"/> 通所リハビリ(回/週) <input type="checkbox"/> 訪問リハ(回/週) <input type="checkbox"/> 短期入所(回/週) <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与(内容:) <input type="checkbox"/> その他()			

ADL	自立	見守り	一部介助	全介助	要支援は必要事項のみ記入
移動方法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 杖使用 <input type="checkbox"/> 歩行器使用 <input type="checkbox"/> 装具・補助具使用
口腔清潔	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 義歯(<input type="checkbox"/> 全義歯 <input type="checkbox"/> 部分)
食事	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 治療食 (<input type="checkbox"/> 糖尿病食 <input type="checkbox"/> 高血圧食 <input type="checkbox"/> 腎臓病食 <input type="checkbox"/> その他)
					主食: <input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> ミキサー 水分: <input type="checkbox"/> 与えられ <input type="checkbox"/> なし *禁止食品があるか 副食: <input type="checkbox"/> 通常 <input type="checkbox"/> 一口大 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> 極小刻み <input type="checkbox"/> ミキサー (<input type="checkbox"/> 与えられ)
更衣	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
入浴	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 自宅(浴室) <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 通所系サービス
排泄	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	場所: <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> オムツ (パット 紙パンツ フラット)
服薬管理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	* 自分でできるか、できなければ誰が管理しているか。服薬ケースや服薬カレンダーがあるか。
療養上の問題	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	(<input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 不穏 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 危険行為 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 意思疎通困難 <input type="checkbox"/> その他())		
医療処置	<input type="checkbox"/> バルーンカテーテル <input type="checkbox"/> ストマ <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> その他(*在宅酸素、ペースメーカー)				
麻痺	<input type="checkbox"/> 有() <input type="checkbox"/> 無				
聴力障害	<input type="checkbox"/> 有() <input type="checkbox"/> 無				
視力障害	<input type="checkbox"/> 有() <input type="checkbox"/> 無				

興味・関心のあること

既往歴(入院歴・通院歴)

連絡事項・その他 *アレルギー *日中の状態(日中独居など)

情報提供日：20 年 月 日

入院時の情報提供連絡票

【医療機関名】

様

【居宅介護支援事業者名】

【担当者名】

TEL:

FAX:

平素より、大変お世話になっております。

下記の利用者について、情報提供いたしますので、ご査収のほどお願いいたします。

■利用者名： _____ (男・女)

■利用者生年月日 明・大・昭・平 年 月 日生

■ 入院時の情報については、別添「入院時情報提供シート」のとおりです。

■ 情報提供方法(面談 ・ FAX、郵送等)

通信欄

受理日：20 年 月 日

受理者氏名

※FAX、郵送等で情報提供を受けた病院は、受理日・受理者氏名を記載の上、居宅介護支援事業所あてにFAXでご返信願います。

※入院時情報連携加算Ⅰ・・・200単位 入院時情報連携加算Ⅱ・・・100単位

【 病院 → 居宅支援事業所 担当()様】
退院調整共有情報シート

連絡窓口・担当者		電話/FAX	
ふりがな氏名	生年月日	年 月 日	年齢 歳 性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
住所	電話番号		
病院主治医	在宅主治医	記入日	20 年 月 日 記入者
入院の原因となった病名	入院日	20 年 月 日	身長 cm 体重 kg
緊急時連絡先	氏名(ふりがな)	住所	続柄 電話番号
○ :キーパーソン ◆ :おもな介護者 家族構成 <input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 同居 (人)			
介護認定	無 <input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 申請中 (20 年 月 日申請) 有 <input type="checkbox"/> 要介護 <input type="checkbox"/> 要支援		区分変更 <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要
既往歴 (医療処置は詳しく)			
希望する福祉サービス	<input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 通所リハビリ <input type="checkbox"/> 訪問診療(かかりつけ医) <input type="checkbox"/> 宅配食 <input type="checkbox"/> ベッド <input type="checkbox"/> エアーマット <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> 移送車 <input type="checkbox"/> その他の介護用品() <input type="checkbox"/> その他()		
現在の治療状況	患者・家族への病状の説明内容と患者・家族の受け止め方、患者・家族の今後の希望		
ADL	自立 <input type="checkbox"/>	見守り <input type="checkbox"/>	一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> リハビリ目標 <input type="checkbox"/> 制限事項 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
移動方法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 杖使用 <input type="checkbox"/> 歩行器使用 <input type="checkbox"/> 装具・補助具使用 <input type="checkbox"/> 麻痺の有無()
移乗方法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
口腔清潔	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 義歯 (<input type="checkbox"/> 全義歯 <input type="checkbox"/> 部分)
食事	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 治療食(<input type="checkbox"/> Kcal <input type="checkbox"/> 糖尿病食 <input type="checkbox"/> 高血圧食 <input type="checkbox"/> 腎臓病食 <input type="checkbox"/> その他) <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 禁食
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	主食: <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> ペースト (摂取量 割)
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	副食: <input type="checkbox"/> 通常 <input type="checkbox"/> 一口大 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> 極小刻み <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> ペースト (摂取量 割)
水分摂取量:1日	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ml とろみ剤使用 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
更衣	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
入浴	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	入浴の制限: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(<input type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> 清拭 <input type="checkbox"/> その他()
排泄	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	場所: <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> オムツ (パット 紙パンツ フラット)
服薬管理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
生活上の問題	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(<input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 不穏 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 危険行為 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 意思疎通困難 <input type="checkbox"/> その他()		
医療処置	<input type="checkbox"/> バルーンカテーテル <input type="checkbox"/> ストマ <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> その他()		
家族への介護指導	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		
感染症(保菌)	<input type="checkbox"/> HBV <input type="checkbox"/> HCV MRSA:保菌(部位: <input type="checkbox"/> 咽頭 <input type="checkbox"/> 鼻腔 <input type="checkbox"/> 褥瘡)		アレルギー <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
備考	<input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 不明		

【 病院 → 居宅支援事業所 担当()様】
退院調整共有情報シート

記 入

連絡窓口・担当者		電話/FAX	
ふりがな氏名	しづかわ たろう 渋川 太郎		生年月日
住所			年齢
病院主治医	在宅主治医	日 20 年 月 日	性別
入院の原因となった病名	入院	年 月 日	身長
緊急時連絡先	氏名(ふりがな) 住所 続柄 電話番号		年齢
○	介護者等 主な介護者を選択 ○キーパーソン ◆主な介護者		*携帯番号も
◆			*必ず連絡がとれる番号
○:キーパーソン ◆:おもな介護者		家族構成	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 同居 (人)
介護認定	無 <input checked="" type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 申請中 (20 年 月 日申請)	有 <input type="checkbox"/> 要介護 <input type="checkbox"/> 要支援	区分変更 <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要
既往歴 (医療処置は詳しく)	該当欄にチェックを記入します。		
希望する福祉サービス	<input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 通所リハビリ <input type="checkbox"/> 訪問診療(かかりつけ医) <input type="checkbox"/> 宅配食 <input type="checkbox"/> ベッド <input type="checkbox"/> エアーマット <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> 移送車 <input type="checkbox"/> その他の介護用品() <input type="checkbox"/> その他()		
現在の治療状況	患者・家族への病状の説明内容と患者・家族の受け止め方、患者・家族の今後の希望		
ADL	自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/>	リハビリ目標 <input type="checkbox"/> 制限事項 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (リハビリから確認)	
移動方法	<input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 杖使用 <input type="checkbox"/> 歩行器使用 <input type="checkbox"/> 装具・補助具使用 <input type="checkbox"/> 麻痺の有無()		
移乗方法			
口腔清潔	<input type="checkbox"/> 義歯 (<input type="checkbox"/> 全義歯 <input type="checkbox"/> 部分)		
食 事	<input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 治療食(<input type="checkbox"/> Kcal <input type="checkbox"/> 糖尿病食 <input type="checkbox"/> 高血圧食 <input type="checkbox"/> 腎臓病食 <input type="checkbox"/> その他) <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 禁食 主食: <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> ペースト (摂取量 割) 副食: <input type="checkbox"/> 通常 <input type="checkbox"/> 一口大 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> 極小刻み <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> ペースト (摂取量 割) 水分摂取量:1日 ml とろみ剤使用 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
更 衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
入 浴	入浴の制限: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(<input type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> 清拭 <input type="checkbox"/> その他()		
排 泄	場所: <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> オムツ (パット 紙パンツ フラット)		
服薬管理	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
生活上の問題	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(<input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 不穏 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 危険行為 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 意思疎通困難 <input type="checkbox"/> その他()		
医療処置	<input type="checkbox"/> パルーンカテーテル <input type="checkbox"/> ストマ <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> その他()		
家族への介護指導	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		
感染症(保菌)	<input type="checkbox"/> HBV <input type="checkbox"/> HCV MRSA:保菌(部位: <input type="checkbox"/> 咽頭 <input type="checkbox"/> 鼻腔 <input type="checkbox"/> 褥瘡)	アレルギー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
備考	<input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 不明		

【 病院 → 居宅支援事業所 担当()様】
退院調整共有情報シート

連絡窓口・担当者		電話/FAX	
ふりがな氏名	生年月日	年 月 日	年齢 歳 性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
住所	電話番号		
病院主治医	在宅主治医	記入日	20 年 月 日 記入者
入院の原因となった病名	入院日	20 年 月 日	身長 cm 体重 kg
緊急時連絡先	氏名(ふりがな)	住所	続柄 電話番号
○ :キーパーソン ◆ :おもな介護者 家族構成 <input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 同居 (人)			
介護認定	無 <input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 申請中 (平成 年 月 日申請) 有 <input type="checkbox"/> 要介護 <input type="checkbox"/> 要支援		区分変更 <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要
既往歴 (医療処置は詳しく)	<div style="border: 1px solid black; padding: 10px; display: inline-block;"> 新規患者でない場合は変更等ないときは、省略可 </div>		
希望する福祉サービス	<input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 通所リハビリ <input type="checkbox"/> 訪問診療(かかりつけ医) <input type="checkbox"/> 宅配食 <input type="checkbox"/> ベッド <input type="checkbox"/> エアーマット <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> 移送車 <input type="checkbox"/> その他の介護用品() <input type="checkbox"/> その他()		
現在の治療状況	患者・家族への病状の説明内容と患者・家族の受け止め方、患者・家族の今後の希望		
ADL	自立 <input type="checkbox"/>	見守り <input type="checkbox"/>	一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> リハビリ目標 <input type="checkbox"/> 制限事項 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
移動方法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 杖使用 <input type="checkbox"/> 歩行器使用 <input type="checkbox"/> 装具・補助具使用 <input type="checkbox"/> 麻痺の有無()
移乗方法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
口腔清潔	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 義歯 (<input type="checkbox"/> 全義歯 <input type="checkbox"/> 部分)
食事	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 治療食(<input type="checkbox"/> Kcal <input type="checkbox"/> 糖尿病食 <input type="checkbox"/> 高血圧食 <input type="checkbox"/> 腎臓病食 <input type="checkbox"/> その他) <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 禁食
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	主食: <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> ペースト (摂取量 割)
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	副食: <input type="checkbox"/> 通常 <input type="checkbox"/> 一口大 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> 極小刻み <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> ペースト (摂取量 割)
水分摂取量:1日	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ml とろみ剤使用 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
更衣	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
入浴	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	入浴の制限: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(<input type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> 清拭 <input type="checkbox"/> その他()
排泄	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	場所: <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> オムツ (パット 紙パンツ フラット)
服薬管理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
生活上の問題	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(<input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 不穏 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 徘徊	<input type="checkbox"/> 危険行為 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 意思疎通困難 <input type="checkbox"/> その他()	
医療処置	<input type="checkbox"/> パルーンカテーテル <input type="checkbox"/> ストマ <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> その他()		
家族への介護指導	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		
感染症(保菌)	<input type="checkbox"/> HBV <input type="checkbox"/> HCV <input type="checkbox"/> MRSA:保菌(部位: <input type="checkbox"/> 咽頭 <input type="checkbox"/> 鼻腔 <input type="checkbox"/> 褥瘡) <input type="checkbox"/> アレルギー <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> その他() <input checked="" type="checkbox"/> 不明	
備考	<div style="border: 1px solid black; padding: 10px; display: inline-block;"> 継続患者についてはケアマネジャーと相談し 省略可または看護サマリー等で対応可 </div>		

群 馬 県
渋川保健福祉事務所

渋 川 市
渋川市地域包括支援センター

榛 東 村
榛東村地域包括支援センター

吉 岡 町
吉岡町地域包括支援センター

《問い合わせ先》

渋川保健福祉事務所
住 所：群馬県渋川市金井394番地
電 話：0279-22-4166
URL： <http://www.pref.gunma.jp/07/j05410001.html>