

指定居宅介護支援事業所向け診療情報提供書（退院時）

年 月 日

情報提供先事業所
担当 殿



医療機関の所在地及び名称
電話番号
FAX番号
医師氏名 印

患者氏名	(ふりがな)	男 ・ 女	〒 - 連絡先 ()
	生年月日:西暦 年 月 日 (歳)		

1. 患者の病状、経過等

(1)診断名（生活機能低下の直接の原因となっている傷病名又は特定疾病については1.に記入）及び発症年月日			
1	発症年月日（西暦 年 月 日頃）		
2	発症年月日（西暦 年 月 日頃）		
3	発症年月日（西暦 年 月 日頃）		
(2)生活機能低下の直接の原因となっている傷病又は特定疾病の経過及び治療内容			
(3)病状等の説明内容と患者の希望			
(4)日常生活の自立度等について			
障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度) ☐ 自立 ☐ J1 ☐ J2 ☐ A1 ☐ A2 ☐ B1 ☐ B2 ☐ C1 ☐ C2			
認知症高齢者の日常生活自立度 ☐ 自立 ☐ I ☐ IIa ☐ IIb ☐ IIIa ☐ IIIb ☐ IV ☐ M			
(5)栄養・口腔に関する情報			
☐ 下記参照 ☐ 別紙様式50等参照			
摂食方法 ☐ 経口 ☐ 経管栄養 ☐ 静脈栄養		食物アレルギー ☐ なし ☐ あり ()	
摂食嚥下機能障害 ☐ なし ☐ あり		水分とろみ ☐ なし ☐ あり (☐ 薄い・ ☐ 中間・ ☐ 濃い)	
食形態 ☐ 主食 ☐ 米飯 ☐ 軟飯 ☐ 全粥 ☐ その他 ()		副食 ☐ 普通 ☐ 軟菜 ☐ その他 ()	
義歯使用 ☐ なし ☐ あり (☐ 部分 ・ ☐ 総)		左右両方の奥歯でしっかりかみしめられる： ☐ できる ☐ できない	
歯の汚れ ☐ なし ☐ あり		歯肉の腫れ、出血： ☐ なし ☐ あり	
在宅生活における留意点：			
(6)服薬に関する情報			
内服薬 ☐ なし ☐ あり (入院後の内服薬変更： ☐ なし ☐ あり)		一包化の必要性： ☐ なし ☐ あり	
服薬介助： ☐ 自立 ☐ 一部介助 (介助内容：)		☐ 全介助	
退院時処方： ☐ なし ☐ あり (退院日含め 日分)		服薬アレルギー： ☐ なし ☐ あり ()	
在宅生活における留意点：			
(7)療養上の工夫点（医療上の留意点、安全の配慮等）			
☐ なし ☐ あり			
→工夫点（例：ご本人の見えない位置にカテーテルを固定した等）：			
(8)入院期間			
入院日： 年 月 日		退院日： 年 月 日	

2. 退院後のサービスの必要性

☐ 訪問診療	☐ 訪問看護（特別指示書： ☐ あり ☐ なし）	☐ 訪問歯科診療	☐ 訪問薬剤管理指導
☐ 訪問リハビリテーション	☐ 訪問歯科衛生指導	☐ 訪問栄養食事指導	
☐ 通所リハビリテーション	☐ 短期入所療養介護	☐ その他の医療系サービス（	）

3. 介護サービスを利用する上での留意点、介護方法等

(1)ADLに関する入院中の変化					
☐ あり（同封の書類をご確認ください）		☐ なし			
(2)自助具の使用					
☐ なし		☐ あり（			
(3) 現在あるかまたは今後発生の可能性の高い生活機能の低下とその対処方針					
☐ 尿失禁	☐ 転倒・骨折	☐ 移動能力の低下	☐ 褥瘡	☐ 心肺機能の低下	☐ 閉じこもり
☐ 意欲低下	☐ 徘徊	☐ 低栄養	☐ 摂食・嚥下機能低下	☐ 脱水	☐ 易感染性
☐ がん等による疼痛		☐ その他（			
→ 対処方針（		）			
(4)サービス提供時における医学的観点からの留意事項とその対処方針					
☐ 起居動作	☐ 移動	☐ 運動	☐ 排泄	☐ 睡眠	☐ 入浴
☐ 摂食	☐ 嚥下	☐ 血圧	☐ その他（		
→ 対処方針（		）			

4. 患者の日常生活上の留意事項・社会生活面の課題と地域社会において必要な支援等

(1) 利用者の日常生活上の留意事項
(2)社会生活面の課題と地域社会において必要な支援
社会生活面の課題 ☐ 特になし ☐ あり（
→ 必要な支援（
(3) 特記事項

5. 人生の最終段階における医療・ケアに関する情報

※本人の意思は変わりうるものであり、本記載が最新の意向を反映しているとは限らないため、常に最新の意向の確認が必要であることについて十分に留意すること

(1)意向の話し合い	：□本人・家族等との話し合いを実施している（最終実施日： 年 月 日）		
	□話し合いを実施していない（□本人からの話し合いの希望がない □それ以外）		

※（2）から（5）は、本人・家族等との話し合いを実施している場合のみ記載

(2)本人・家族の意向：□下記をご参照ください	□別紙参照（入院中に記載した書類等：
(3)話し合いの参加者：□本人	□家族（氏名： 続柄： ）（氏名： 続柄： ）
□医療・ケアチーム	□その他（
(4)医療・ケアに関して本人または本人・家族等と医療・ケアチームで話し合った内容	
(5)その他（上記のほか、人生の最終段階における医療・ケアに関する情報で介護支援専門員と共有したい内容）	