

在宅ケア移行情報シート

【 御中 記入日 平成 年 月 日 記入者() 】

氏名		男・女	電話番号		生年月日	M・T・S・H	年	月	日	歳
住所					家族形態	キーパーソン 主たる介護者				
第一連絡先	氏名	間柄	電話							
第二連絡先	氏名	間柄	電話							

医療保険種別		本人・家族	身体障害者手帳		要介護度	
--------	--	-------	---------	--	------	--

病名(障害名)	インフォームドコンセントの内容と認識
---------	--------------------

VS 血圧= / 脈= 体温= °C 呼吸= SpO2= % (記入日)	活動項目	最終評価(月 日)
最終入浴日: / () 最終排便日: / ()	食 事	自立 一部介助() 全介助

かかりつけ医 <input type="checkbox"/> ある (医院) <input type="checkbox"/> ない	食事形態: ()
--	-----------

ケアマネジャー <input type="checkbox"/> いる () <input type="checkbox"/> いない	移 乗 自立 一部介助() 全介助
--	--------------------

現主治医の治療方針	整 容 自立 一部介助() 全介助
-----------	--------------------

	更 衣 自立 一部介助() 全介助
--	--------------------

	移 動	歩 行	独 歩	杖	歩 行 器
		車椅子	自 走		介 助

コンプライアンス(治療方針・内服・処置等)	階 段 昇 降 自立 一部介助() 全介助
-----------------------	------------------------

	入 浴 自立 一部介助() 全介助
--	--------------------

	排 泄 自立 一部介助() 全介助
--	--------------------

	排 便 コ ン ト ロ ー ル 自然 内服 座薬 浣腸 失禁
--	--------------------------------

退院時処方 : 有 無	排 尿 コ ン ト ロ ー ル 自然 内服 失禁
-------------	--------------------------

医療処置を行う人()	在宅療養に対する本人・家族の意向や希望
-------------	---------------------

<input type="checkbox"/> PEG <input type="checkbox"/> 経鼻栄養チューブ <input type="checkbox"/> 気管切開チューブ <input type="checkbox"/> HPN <input type="checkbox"/> ポート <input type="checkbox"/> バルンカテーテル <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 褥創 <input type="checkbox"/> ストーマケア <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 注射 <input type="checkbox"/> 腎瘻・尿管皮膚瘻 <input type="checkbox"/> 疼痛管理 <input type="checkbox"/> CAPD <input type="checkbox"/> HOT <input type="checkbox"/> 自己導尿 <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> その他() ※カテーテル交換予定日() ※DFC交換予定日(日)、種類、 ★医療処置管理票を参照	本人 : 家族 :
---	------------------

認知症項目(有の場合 <input type="checkbox"/> に <input checked="" type="checkbox"/> を入れる)	伝えておきたいこと(特記事項)
---	-----------------

<input type="checkbox"/> せん妄 <input type="checkbox"/> 幻視幻聴 <input type="checkbox"/> 暴言暴行 <input type="checkbox"/> 被害妄想 <input type="checkbox"/> 大声 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 帰宅願望 <input type="checkbox"/> 異食行動 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 過食 <input type="checkbox"/> 拒食 <input type="checkbox"/> 物忘れ	
--	--

認知症の具体的な症状や対処法	
----------------	--

施設名	施設住所	電話番号	師長名
			印

在宅ケア移行情報シート（記入例）

【訪問看護ステーション ○○○】御中

記入日 平成 21 年 7 月 10 日

記入者(肥後 さくら)

氏名	熊本 太郎	<input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	電話番号	096-369-○○○○	生年月日	M・T(S)・H 9 年 3 月 31 日 74 歳	
住所	熊本市東町3-10-39				家族形態 	キーパーソン 妻(70歳)	
第一連絡先	氏名	熊本 花子	間柄	妻		電話	369-○○○○
第二連絡先	氏名	熊本 一郎	間柄	息子		電話	369-○○○○
主たる介護者							妻(70歳)

医療保険種別	国保	<input checked="" type="radio"/> 本人 <input type="radio"/> 家族	身体障害者手帳	なし	要介護度	要支援
--------	----	--	---------	----	------	-----

病名(障害名)	咽頭Ca (終末期)	インフォームドコンセントの内容と認識	積極的治療は終了しました。今後は、自宅で往診や訪問看護を利用して疼痛緩和、食事管理、気管切開管理を行いながら生活しましょう。 本人、妻=上記説明に同意納得
---------	------------	--------------------	--

VS 血圧=132/78 脈=98 体温=36.1℃ 呼吸=24 SpO2=99%(記入日)	活動項目	最終評価(月 日)
--	------	-----------

最終入浴日:7/8(シャワー) 最終排便日:7/9	食 事	自立 一部介助() <input checked="" type="radio"/> 全介助
---------------------------	-----	---

かかりつけ医 <input type="checkbox"/> ある () 医院 <input checked="" type="checkbox"/> ない	食事形態:(経管栄養食・流動食)
--	------------------

ケマネジャー <input checked="" type="checkbox"/> いる (居宅介護支援事業所○○) <input type="checkbox"/> いない	移 乗	自立 <input checked="" type="radio"/> 一部介助() 全介助
--	-----	---

現主治医の治療方針	整 容	自立 <input checked="" type="radio"/> 一部介助() 全介助
-----------	-----	---

疾患に対し今後追加加療はせず、在宅で訪問診療、訪問看護を導入し、療養していく。その為に、介護保険の変更申請をかける。また、訪問看護、往診医を決定する。	更 衣	自立 <input checked="" type="radio"/> 一部介助() 全介助
---	-----	---

移動	歩 行	独 歩	杖	歩 行 器	介 助
----	-----	-----	---	-------	-----

移動	<input checked="" type="radio"/> 車椅子	<input checked="" type="radio"/> 自走			介 助
----	--------------------------------------	-------------------------------------	--	--	-----

コンプライアンス(治療方針・内服・処置等)	階段昇降	自立 <input type="radio"/> 一部介助() 全介助
-----------------------	------	--------------------------------------

入 浴	自立 <input type="radio"/> 一部介助() 洗髪・洗身	全介助
-----	--	-----

几帳面な性格であり、自己管理で内服できる。	排 泄	自立 <input type="radio"/> 一部介助() トイレ歩行見守り	全介助
-----------------------	-----	---	-----

排便コントロール	自然	<input checked="" type="radio"/> 内服	座薬	浣腸	失禁
----------	----	-------------------------------------	----	----	----

退院時処方 : <input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無	排尿コントロール	<input checked="" type="radio"/> 自然		内服	失禁
--	----------	-------------------------------------	--	----	----

医療処置を行う人(<input type="radio"/> 本人)	在宅療養に対する本人・家族の意向や希望
--------------------------------------	---------------------

<input checked="" type="checkbox"/> PEG <input type="checkbox"/> 経鼻栄養チューブ <input checked="" type="checkbox"/> 気管切開チューブ <input type="checkbox"/> HPN <input type="checkbox"/> ポート <input type="checkbox"/> バルンカテーテル <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 褥創 <input type="checkbox"/> ストーマケア <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 注射 <input type="checkbox"/> 腎瘻・尿管皮膚瘻 <input type="checkbox"/> 疼痛管理 <input type="checkbox"/> CAPD <input type="checkbox"/> HOT <input type="checkbox"/> 自己導尿 <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> その他() ※カテーテル交換予定日() ※DPC交換予定日() ※種類・マイクロペインジブ ポカ、	本人 : 家に帰りたいが、不安もある。しかし家で最後まで過ごしたい。 家族 : とにかく不安でたまらないが、やってみるしかないので頑張ろうと思う
---	---

★医療処置管理票を参照	
-------------	--

認知症項目(有の場合 <input type="checkbox"/> に <input checked="" type="checkbox"/> を入れる) <input type="checkbox"/> せん妄 <input type="checkbox"/> 幻視幻聴 <input type="checkbox"/> 暴言暴行 <input type="checkbox"/> 被害妄想 <input type="checkbox"/> 大声 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 帰宅願望 <input type="checkbox"/> 異食行動 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 過食 <input type="checkbox"/> 拒食 <input type="checkbox"/> 物忘れ	伝えておきたいこと(特記事項)
---	-----------------

認知症の具体的症状や対処法	6/3から背部痛に対しオキシコンチン(5)2錠 9時 21時に内服中である。レスキュードーズの処方(オキノーム) コントロール状況は良好で便秘薬の処方もあり。他の副作用はない。 妻の介護力評価(介護時間は十分に確保できる。腰痛の持病があり、体力的に無理はできない。経済状況は厚生年金暮しだが支障はない。介護方法の指導に対する理解は十分あり、活用もできる。)
---------------	---

特記事項なし	<その他> ○処置の手技取得状況等→誰がどこまでできるか等
--------	----------------------------------

施設名	施設住所	電話番号	師長名
-----	------	------	-----

医療法人○○会△△病院	熊本市東町3丁目〇-〇	096-369-○○○○	日本 協子 印
-------------	-------------	--------------	---------

在宅ケア移行情報シート(小児用)

【 】御中 年 月 日 記入者()

フリガナ 氏名		男・女	第()子	生年月日	H 年 月 日	歳	
住所						家族形態	キーパーソン
第一連絡先	フリガナ 氏名	年齢	続柄	電話			主たる養育者
第二連絡先	フリガナ 氏名						

病名(診断名)	出生時の状況	
	出生場所	
	在胎	週 日 (予定日 年 月 日)
インフォームド コンセントの 内容と認識	出生体重	g アプガー()1分 ()5分
	分娩様式	産後のタッチメント()
		今までの特記事項
現主治医の治療方針		
		現在の状況 最終評価日(月 日)
地域支援:窓口(保健師) <input type="checkbox"/> 医療保険() <input type="checkbox"/> 養育医療 <input type="checkbox"/> 育成医療 <input type="checkbox"/> 小児慢性特定疾患 <input type="checkbox"/> 特定疾患 <input type="checkbox"/> かかりつけ医() <input type="checkbox"/> 訪問看護() <input type="checkbox"/> 理学療法() <input type="checkbox"/> 保健所保健師() <input type="checkbox"/> 身体障がい者手帳(種 級) <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当 <input type="checkbox"/> 障がい児童福祉手当 <input type="checkbox"/> 地域生活支援事業		VS 呼吸= 自発 有・無 () SPO2= % () 体温= °C () 脈拍= 血圧= / その他()
		身長/体重 cm / g
		視力/聴力 /ABR
		栄養 方法・形態等
医療処置を実施できる人()		保清/皮膚 方法: /皮膚
<input type="checkbox"/> PEG <input type="checkbox"/> 経鼻栄養チューブ <input type="checkbox"/> 気管切開チューブ <input type="checkbox"/> HPN <input type="checkbox"/> ポート <input type="checkbox"/> バルンカテーテル <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> ストーマケア <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 注射 <input type="checkbox"/> 腎瘻・尿管皮膚瘻 <input type="checkbox"/> 疼痛管理 <input type="checkbox"/> CAPD <input type="checkbox"/> HOT <input type="checkbox"/> 自己導尿 <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> その他() ※カテーテル交換予定日() ※PEG交換予定日(月 日)・種類: ★医療処置管理票を参照		排泄 尿 自然 処置() 便 自然 処置()
		発達状況
在宅療養に対する家族の意向や希望		伝えておきたいこと(特記事項)
		・サポート体制 ・予想される問題点 ・主な養育者の健康状態 EPDS() ・退院予定日等

施設名	施設住所	電話番号	主治医	師長

在宅ケア移行情報シート(小児用)

【訪問看護ステーション〇〇〇】御中

平成22年 8月 6日 記入者(肥後 さくら)

フリガナ 氏名	熊本 一郎	男/女	第(3)子	生年月日	H 〇〇年 〇月 〇日	0歳
住所	熊本市東町3-10-39					キーパーソン
第一連絡先	フリガナ 氏名	熊本 花子	年 28	続柄 父	電話 369-〇〇〇〇	6人で同居。 母(看護師) 父(准看護師) 4歳の姉 父方の祖父母 主たる養育者 母
第二連絡先	フリガナ 氏名	熊本 太郎	年 26	続柄 母	電話 369-〇〇〇〇	

病名(診断名)	低出生体重児・慢性肺疾患・未熟児網膜症・未熟児くる病・リンパ管腫・腹水・未熟児貧血・精神発達遅滞	出生時の状況
インフォームド コンセントの 内容と認識	8月上旬には退院予定	出生場所 熊本県民病院 在胎 25週 4日 (予定日 年 月 日) 出生体重 834g アプガー(3)1分 (7)5分 分娩様式 産後のタッチメント(あり) 今までの特記事項 看護サマリー参照ください

現主治医の治療方針	現在の状況 最終評価日(月 日)
栄養:無理せず哺乳。経管栄養 ミルク6回/日注入。 7月 28日より哺乳開始。哺乳意欲ある際は、30ml/回哺乳。 呼吸:HOTを使用 清潔:家族と一緒に入浴 トリクロリール:お守り程度に持って帰る。 リハ ビリ:自宅での生活に慣れてから、専門施設に紹介予定。	呼吸= 自発(有)無() SPO2= 99~100 % () 体温=36.8°C () 脈拍=116 血圧= / その他()
地域支援:窓口(保健師)	身長/体重 62.5cm / 7180g
<input checked="" type="checkbox"/> 医療保険() <input type="checkbox"/> 養育医療 <input type="checkbox"/> 育成医療 <input checked="" type="checkbox"/> 小児慢性特定疾患 <input type="checkbox"/> 特定疾患 <input type="checkbox"/> かかりつけ医() <input checked="" type="checkbox"/> 訪問看護() <input type="checkbox"/> 理学療法() <input type="checkbox"/> 保健所保健師() <input type="checkbox"/> 身体障がい者手帳(種 級) <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当	視力/聴力 栄養 方法・形態等 経管栄養 150ml(6時 10時 14時 17時 20時 24時)
医療処置を実施できる人=()	保清/皮膚 方法: / 皮膚:皮疹あり軟膏塗布
<input type="checkbox"/> PEG <input checked="" type="checkbox"/> 経鼻栄養チューブ <input type="checkbox"/> 気管切開チューブ <input type="checkbox"/> HPN <input type="checkbox"/> ポート <input type="checkbox"/> バルンカテーテル <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> ストーマケア <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 注射 <input type="checkbox"/> 腎瘻・尿管皮膚瘻 <input type="checkbox"/> 疼痛管理 <input type="checkbox"/> CAPD <input checked="" type="checkbox"/> HOT <input type="checkbox"/> 自己導尿 <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> その他() ※カテーテル交換予定日() ※PEG交換予定日(月 日)・種類: ★医療処置管理票を参照	排泄 尿 (自然) 処置() 便 (自然) 処置()
在宅療養に対する家族の意向や希望	発達状況 首はすわっておらず、後屈が強い状態。まず、首がすわるようにPTによるリハビリ実施中。聴覚は40db以下は反応が乏しいため退院後に再検査予定。しかし、音楽によく反応し笑顔が見られる。手遊びも上手。表情豊か。人が側にいると穏やかに過ごせるようになってきた。

在宅療養に対する家族の意向や希望	伝えておきたいこと(特記事項)
同居している家族は多いが、家事全般は母が主体的に実施している。母にとってのキーパーソンは夫と実姉である。実姉も近隣に住んでいるため、実姉が休みの時などは上の子を預けたりしている。父の仕事が休みの時は家事を手伝ってくれる。祖母も勤労者のため休みの時は家事を少し手伝ってくれる。母親の家事の時間や姉妹の入眠時間などを考慮して、太郎君が21時~8時まででは睡眠できるように、入眠困難な場合はトリクロリールを使用し調整していく予定。MT交換は、両親に指導し実施経験あり。退院前に母児同室予定。	面会は平日2時間程度。毎日、母に沐浴と、お昼のミルクと内服薬の注入を実施してもらっている。夜間の面会は2度来院。父は、退院後しばらくは勤務形態を日勤のみに調整する予定。 (不安な点)母は2時間の面会で、太郎君が泣くと帰る、という印象をスタッフは受けており、退院後家事をしながら太郎君との生活をどのようにイメージしているのか把握し切れていない。退院後、どの程度トリクロリールをしようしていくか検討していく必要がある。退院後のミルクは市販のミルクで可(フォローアップミルク以外) 母児同室初日、母は流涙あり。環境が変わるため、退院後の訪問を早めをお願いします。

施設名	施設住所	電話番号	主治医	師長
医療法人〇〇会△△病院	熊本市東町3丁目10-39	096-369-〇〇〇〇	熊本 太郎	日本 協子

平成21年7月10日 社団法人熊本県看護協会 作成