医療連携シート(退院・退所用)



面談日:平成 21年 12月 1日

情報提供元の医療機関・施設:●●病院

電話番号:095-8●●-●●●

所属:内科●F病棟

面談者:師長 ●●氏

リハビリ室 PT●●氏

歳) 生年月日 昭和 ●●年 月 Н 今回入院した原因の疾患 を記載 <u>入院</u>期間 入院日 年 月 日 ~ 退院(予定)日 年 月 現在の症状を記載 入院:入所中の状況 特記事項 肝炎HB・HCV等の情報 MRSA感染の情報 K 感染症等 主病名: 脳梗塞 主症状: 右半身麻痺:誤嚥性肺炎:神経因性膀胱 疾病の状態 既往歴: 高血圧·糖尿病 病院側から処方内容を記 載した資料をいただける 服薬状況 退院時処方(有・無) 場合別添として保管 処方内容(別紙 有·無) (自立・一部介助・介助・その他) 自立・一部介助・介助・その他 食事 ((^ - スト) ・刻み・ソフト食・普通/経管栄養) 口腔ケア 自立・一部介助・介助・その他 リハビリをされている場 合は記載 自立・一部介助・介助・その他 独自の方法・転倒危険 (見守り・手引き・杖・歩行器・シルハ゛(カ・・車樽子 座位保持20分程度 移動 入院中のリハビリ状況 らに傾きやすく支え必要 病院・施設での入浴方法 立位·移乗動作訓練や四肢ROM訓練 移動は車椅子 入院・入所中の排泄方法 11/30 入浴 自立・一部介助・介助・不可(シャワー・清拭) 最終保清日 尿器採取やポータブル使 用等 留置ガテーテル等 退院日洗浄予定 下剤使用の有無 排泄 自立・一部介助・介助/オムソ (常時・夜間のみ) 最終排便 排便状況 ラキソ10滴毎日 眠剤の使用の有無 夜間の状態 良眠(不眠) (状態:時折不穏あり) 眠剤の内容 IVH挿入 胃ろう注入・バルンカテー 現在行われている医療処置 バルンカテーテル挿入中。退院後も週1回の膀胱洗浄必要。 テル洗浄 麻薬の使用等 嚥下状態が悪く、誤嚥しやすい。 食事はミキサー食、今後も食事形態を同様にする。 療養上の留意する事項 ・リハビリは継続。移動手段は車椅子のままでないとまだ移乗動作 が危険。血糖は安定しているが、食事摂取状況により低血糖に注意。 ○)訪問看護 (○)通所リハビリテ-ション (○)短期入所)訪問リハビリテーション 医療系サービスの必要性 (老人保健施設:介護療養型))居宅療養管理指導

事業所:○○ケアプランセンター

担当ケアマネーシ・ャー: 〇〇〇〇