

# 退院時情報提供票

医療機関

TEL

FAX

担当者

医療機関



事業所 \_\_\_\_\_ 御中 (記入日) 令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

(氏名) \_\_\_\_\_ 様 [生年月日 M・T・S・H 年 月 日]の、入院状況についてご連絡いたします。

病名				入院期間	令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日	
入院中の経過及び在宅における課題、リハビリに関する生活上の注意点や課題						
次回受診日 _____ 月 _____ 日						
内服薬				服薬における注意事項		
排泄	排尿	自立・見守り・一部介助・終日要介助( )			最終排便日	/
	排便	自立・見守り・一部介助・終日要介助( )				
入浴	入浴動作	自立・見守り・一部介助・全介助			最終入浴日	/
	入浴方法	一般浴・個人浴・特浴(機械浴)・シャワー浴・清拭				
移動方法	自立・見守り・一部介助・全介助( )					
食事	食事形態	(主食) 普通・軟飯・全粥・ミキサー・(量: _____ g)			水分(粘度: _____ )	
		(副食) 普通・粗キザミ・キザミ・ミキサー・ソフト食・ゼリー食			(とろみ 要・不要)	
	嚥下状態	良好・困難( )				
	不可	胃ろう・経管栄養( )				
特記事項						
認知面	無・有( )					
★太枠内の項目で「自立」以外にチェックが入ったら、多職種との連携を考えてください。						
夜間情報						
特記事項						