

退院に向けたヒアリングシート

1. 基本情報・現在の状態 等

属性	フリガナ		性別	年齢	退院時の要介護度 <input type="checkbox"/> 要区分変更		
	氏名	様	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	歳	<input type="checkbox"/> 要介護 () <input type="checkbox"/> 要支援 () <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> なし		
今回の入院概要	入退院日	・入院日：H 年 月 日 ・退院予定日：H 年 月 日					
	入院原因疾患 (入院目的等)						
	入院先	(病院) (病棟) (階) (号室)					
	今後の医学管理	医療機関名：	方法		<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 訪問診療		
① 疾患と入院中の状況	現在治療中の疾患	① ② ③			疾患の状況	<input type="checkbox"/> 安定 (番号) <input type="checkbox"/> 不安定 (番号)	
	移動手段	<input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他 ()					
	排泄方法	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> カテーテル・パウチ ()					
	入浴方法	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> 一般浴 <input type="checkbox"/> 機械浴 <input type="checkbox"/> 行わず					
	食事形態	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> その他 ()			UDF等の食形態区分		
	嚥下機能 (むせ)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 時々むせる <input type="checkbox"/> 常にむせる					
	口腔清潔	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良 <input type="checkbox"/> 著しく不良			義歯	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (部分・総)	
	口腔ケア	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助				入院 (所) 中の使用 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
	睡眠	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良 ()				<input type="checkbox"/> 眠剤の使用	
	認知・精神	<input type="checkbox"/> 認知機能低下 <input type="checkbox"/> せん妄 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 焦燥・不穏 <input type="checkbox"/> 攻撃性 <input type="checkbox"/> その他 ()					
② 受け止め/意向	<本人>病気、障害、後遺症の受け止め方	本人への病名告知： <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし					
	<本人>退院後の生活に関する意向						
	<家族>病気、障害、後遺症の受け止め方						
	<家族>退院後の生活に関する意向						

2. 課題認識のための情報

③ 退院後に必要な事柄	医療処置	(処置内容)	(在宅で継続するための要件)
	看護の視点	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 経鼻栄養 <input type="checkbox"/> 経腸栄養 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 尿道カテーテル <input type="checkbox"/> 尿路ストーマ <input type="checkbox"/> 消化管ストーマ <input type="checkbox"/> 痛みコントロール <input type="checkbox"/> 排便コントロール <input type="checkbox"/> 自己注射 () <input type="checkbox"/> その他 ()	
	リハビリの視点	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 本人指導 <input type="checkbox"/> 家族指導 <input type="checkbox"/> 関節可動域練習 (ストレッチ含む) <input type="checkbox"/> 筋力増強練習 <input type="checkbox"/> バランス練習 <input type="checkbox"/> 麻痺・筋緊張改善練習 <input type="checkbox"/> 起居/立位等基本動作練習 <input type="checkbox"/> 摂食・嚥下訓練 <input type="checkbox"/> 言語訓練 <input type="checkbox"/> ADL練習 (歩行/入浴/トイレ動作/移乗等) <input type="checkbox"/> IADL練習 (買い物、調理等) <input type="checkbox"/> 疼痛管理 (痛みコントロール) <input type="checkbox"/> 更生装具・福祉用具等管理 <input type="checkbox"/> 運動耐容能練習 <input type="checkbox"/> 地域活動支援 <input type="checkbox"/> 社会参加支援 <input type="checkbox"/> 就労支援 <input type="checkbox"/> その他 ()	
		(禁忌の有無)	(禁忌の内容/留意点)
	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		

症状・病状の 予後・予測		例) 医療機関からの見立て・意見（今後の見通し、急変の可能性や今後、どんなことが起こりうるか（合併症）、良くなっていく方向か、ゆっくり落ちていく方向なのか など						
在宅復帰のために備えなければならない要件								
① ② ③ ④	①疾患と入院中の状況から							
	②本人・家族の受け止め／意向から							
	③退院後に必要な事柄から							
	④その他							
状況の事実		現在の状況	要因	改善／維持の可能性	状況・支援内容等	見通し		
移動	室内移動	自立 見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化				
	屋外移動	自立 見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化				
食事	食事内容	支障なし 支障あり		改善 維持 悪化				
	食事摂取	自立 見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化				
排泄	排尿・排便	支障なし 支障あり		改善 維持 悪化				
	排泄動作	自立 見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化				
口腔	口腔衛生	支障なし 支障あり		改善 維持 悪化				
	口腔ケア	自立 見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化				
服薬		自立 見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化				
入浴		自立 見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化				
更衣		自立 見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化				
家事動作		自立 見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化				
コミュニケーション能力		支障なし 支障あり		改善 維持 悪化				
認知		支障なし 支障あり		改善 維持 悪化				
褥瘡・皮膚の問題		支障なし 支障あり		改善 維持 悪化				
行動・心理症状（BPSD）		支障なし 支障あり		改善 維持 悪化				
居住環境		支障なし 支障あり		改善 維持 悪化				
回目	聞き取り日	情報提供者名・職種					会議出席	
(回目)	年 月 日	<input type="checkbox"/> 医師 () <input type="checkbox"/> 看護師 () <input type="checkbox"/> リハ職 () <input type="checkbox"/> MSW () <input type="checkbox"/> 歯科医師・歯科衛生士 () <input type="checkbox"/> ()					<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
(回目)	年 月 日	<input type="checkbox"/> 医師 () <input type="checkbox"/> 看護師 () <input type="checkbox"/> リハ職 () <input type="checkbox"/> MSW () <input type="checkbox"/> 歯科医師・歯科衛生士 () <input type="checkbox"/> ()					<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
(回目)	年 月 日	<input type="checkbox"/> 医師 () <input type="checkbox"/> 看護師 () <input type="checkbox"/> リハ職 () <input type="checkbox"/> MSW () <input type="checkbox"/> 歯科医師・歯科衛生士 () <input type="checkbox"/> ()				<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		