CM記入用

在宅生活支援に向けての確認表 -1

事業者		電話	
		担当者名	

※入院先からの情報　　作成日　　年　　月　　日

基本情報	フリガナ		性別	生年月日
	ご本人氏名			年　月　日　歳
	フリガナ		続柄	連絡先（携帯・メール）
	ご家族氏名			
			続柄	連絡先（携帯・メール）
	疾患名	☐ 告知なし　☐ 告知済		
	入院医療機関			
	退院後の主治医			
	現疾患の状況			
	移動手段	☐ 自立　☐ 見守り　☐ 杖　☐ 歩行器　☐ 車いす　☐ 移動しない		
	入浴手段	☐ 自立　☐ シャワー自立　☐ シャワー介助　☐ 浴槽使用介助		
	排泄方法	☐ 自立　☐ トイレ移動介助　☐ P-トイレ介助　☐ オムツ他		
	食事	☐ 通常食　☐ きざみやとろみ　☐ 経管栄養　☐ 食べられない		
	嚥下機能	☐ 支障なし　☐ むせ込みあり		
	口腔ケア	☐ 自立　☐ 一部介助　☐ 全介助		
	睡眠状況	☐ 良好　☐ 不良（　　）　眠剤使用：有・無		
退院後に必要な事項	医療的処置	☐ なし　☐ 点滴　☐ 酸素　☐ 経管栄養　☐ 吸引　☐ 気管切開		
		☐ 尿道カテーテル　☐ 尿路ストーマ　☐ 消化管ストーマ		
		☐ 痛みのコントロール　☐ 麻薬　☐ 排便コントロール　☐ 自己注射		
		☐ 中心静脈栄養		
		☐ その他：		
	必要な看護	☐ なし　☐ 血圧　☐ 栄養指導　☐ 水分摂取　☐ 排泄ケア　☐ 清潔ケア		
		☐ 服薬管理　☐ 褥そう等の処置　☐ 精神的ケア　☐ ターミナルケア		
		☐ 療養上の指導（ご家族への総合的な相談・指導）		
	必要な介護	☐ なし　☐ 起位・立位補助　☐ 食事介助　☐ 排泄介助　☐ 入浴介助		
		☐ 口腔ケア　☐ 居室の環境支援　☐ 服薬支援　☐ 話し相手		
		☐ その他		
禁忌事項				

※ 記入後の「確認表 1･2･3」は、「確認表 2」に記載されている事業窓口まで提出してください(写し可)。