

12 参考様式

(1) 入退院支援に関する情報共有の様式

ア 入院時

- (ア) 利用者情報提供書（ケアマネジャー→医療機関）
- (イ) 利用者情報共有シート（医療機関→ケアマネジャー）

イ 退院時

- (ア) 利用者退院情報記録書・説明書（医療機関→ケアマネジャー）
- (イ) 利用者退院時情報共有シート（医療機関→ケアマネジャー）
- (ウ) 看護情報提供書（医療機関→ケアマネジャー）

ウ 様式を掲載している地域

- (ア) 川口市医師会、蕨戸田市医師会管内
- (イ) 熊谷市医師会管内
- (ウ) 行田市医師会管内
- (エ) 北足立郡市医師会（伊奈町管内）
- (オ) 坂戸鶴ヶ島医師会管内
- (カ) 比企医師会管内
- (キ) 本庄市児玉郡医師会管内
- (ク) 三郷市医師会管内
- (ケ) 厚生労働省参考様式
- (コ) 他県の例（長野県上小地域管内）

様（生年月日：

）

記録者

住所：		電話番号：	
実施日、時間		月	日（ ）
実施場所		：	～
参加者 <input type="checkbox"/> ご本人 <input type="checkbox"/> ご家族（ ） <input type="checkbox"/> その他（ ） <input type="checkbox"/> 訪問診療（ ） 医師・歯科医師： 看護師：（ ） <input type="checkbox"/> 訪問看護師（ ） 氏名：（ ） <input type="checkbox"/> 介護支援専門員（ ） 氏名：（ ） <input type="checkbox"/> 訪問薬剤師（ ） 氏名：（ ） <input type="checkbox"/> その他事業所（ ） 氏名：（ ） <input type="checkbox"/> 病院医師（ ） <input type="checkbox"/> 病棟看護師（ ） <input type="checkbox"/> リハビリ（ ） <input type="checkbox"/> 病院相談員（ ）			
退院後の療養生活に係る説明・検討点・確認事項			
<input type="checkbox"/> 清潔	お下の清潔・入浴以外の清拭 入浴介助 その他：	ご家族・訪問看護師・ヘルパー・その他（ ） ご家族・訪問看護師・ヘルパー・その他（ ）	
<input type="checkbox"/> 排泄	自立・しびん介助・おむつ交換 膀胱留置カテーテル尿を捨てる その他：	ご家族・訪問看護師・ヘルパー・その他（ ） ご家族・訪問看護師・ヘルパー・その他（ ）	
<input type="checkbox"/> 食事	お口からの食事・お口から以外の栄養 食事、栄養内容： その他：	ご家族・訪問看護師・ヘルパー・その他（ ）	
<input type="checkbox"/> 移動	杖・T字杖・歩行器・シルバーカー・車いす		
<input type="checkbox"/> 薬	自立・支援が必要	ご家族・薬剤師・訪問看護師・ヘルパー・その他（ ）	
<input type="checkbox"/> お口の中のケアの必要性なし・あり		ご家族・歯科往診・歯科衛生士・訪問看護師・ヘルパー・その他（ ）	
<input type="checkbox"/> その他			
介護保険に係るサービス			
<input type="checkbox"/> 介護認定	要支援1・2・要介護1・2・3・4・5		
<input type="checkbox"/> 利用するサービス	<input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 通所系 <input type="checkbox"/> 住宅改修 <input type="checkbox"/> その他：	<input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 短期入所 <input type="checkbox"/> 施設入所	<input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 福祉用具 <input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導
退院後の診療に係る説明			
<input type="checkbox"/> 点滴	<input type="checkbox"/> 注射	<input type="checkbox"/> 経管栄養	<input type="checkbox"/> 高カロリー中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 服薬支援
<input type="checkbox"/> 在宅酸素	<input type="checkbox"/> 吸引	<input type="checkbox"/> 気管カニューレ	<input type="checkbox"/> 人工呼吸器
<input type="checkbox"/> 膀胱留置カテーテル	<input type="checkbox"/> 床ずれの処置	<input type="checkbox"/> 腎ろう・尿管皮膚ろう	<input type="checkbox"/> 人工肛門
<input type="checkbox"/> リハビリテーション	<input type="checkbox"/> 痛み・つらさの管理・症状の緩和		
<input type="checkbox"/> その他：			
その他			
退院予定日		月	日（ ）
		午前・午後	時
送迎手配：			
<input type="checkbox"/> 初回訪問看護の予定		月	日（ ）
		午前・午後	時
<input type="checkbox"/> 退院後の通院、訪問診療先：		退院後診察日時：	

以上の内容で、入院中の医療従事者、ご自宅に関わる関係機関担当者と共同で退院支援いたしました。

病院名

住所

電話番号

私は、上記の内容の退院指導を受けました。

年

月

日

ご利用者・ご家族サイン

退院時共同指導 介護支援連携指導（1回目・2回目） 看護連絡票

熊谷市内
患者氏名

様 性別

(生年月日: S・T

年齢

) 担当看護師

住所

病棟 (

実施日、時間 月 日 () : ~ :

退院カンファレンス実施場所

参加者 患者 家族 (続柄:) ケアマネ () その他 ()
 退院支援看護師 () 病棟看護師 () リハビリ ()
 ソーシャルワーカー () 医師 () 訪問看護師 (事業所 氏名)

病状の経過と継続事項

*病名:

ご本人の意向

ご家族の意向

退院後の療養生活に係る説明・検討点・確認事項 介護レベルを枠内に記載 (全介助・一部介助・見守り)

項目	訪問看護師	ヘルパー	ご家族その他	自立	その他留意事項・確認事項
清潔					
口腔ケア					
お下の清潔					
入浴以外の清拭(陰部洗浄)					
入浴・清拭					(最終入浴日 /)
排泄					
しびん介助(終日・夜間のみ)					
おむつ交換					おむつ終日・夜間のみ(日中リハビリ)/終日リハビリ
トイレ(終日・日中のみ)					後始末・ズボン上げ下ろし
食事					
お口からの食事					内容
お口以外からの栄養					内容
移動					
屋内歩行					
野外歩行					
補助具	杖・T字杖・歩行器・シルバーカー・車いすを使用・準備する。				

介護保険に係るサービス 申請 年 月 日/調査 年 月 日/認定 年 月 日

介護認定 (いずれかに○をつける) 要支援1・要支援2・要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5
 利用するサービス 訪問看護 訪問介護 訪問入浴
 通所系(デイケア・デイサービス・短時間リハ) 住宅改修
 短期入所 施設入所 福祉用具 ()
 その他:

退院後の診療に係る説明

点滴 注射 栄養 経管栄養 高カロリー中心静脈栄養 在宅酸素(酸素量 ℓ/分)
 吸引(回数 回/日) 気管カニューレ 人工呼吸器 人工肛門 膀胱留置カテーテル
 腎ろう尿管皮膚ろう 床ずれの処置(部位 内容)
 リハビリテーション 痛み・つらさの管理・症状の緩和 内服薬
 その他:

その他

退院予定日 月 日 () 午前 午後 時 送迎手配:

初回訪問看護の予定 月 日 () 午前 午後 時
 初回訪問診療の予定 月 日 () 午前 午後 時

以上の内容で、入院中の医療従事者、ご自宅に関わる訪問看護はじめ
 介護事業所と共同で退院支援いたしました。

病院名
 住所
 電話番号

私は、上記の内容の退院指導を受けました。
 年 月 日
 ご利用者・ご家族サイン

*この「退院連絡票」は熊谷保健所管内地域看護連携会議情報18ル検討会で作成しました。(H28.6.15)

様式1 入院時情報提供シート

行田市内

病院・クリニック 御中

年 月 日

事業所名		電話番号	
担当者名		FAX番号	

氏名		生年月日	明・大・昭 年 月 日	年齢	歳	性別	男・女
----	--	------	-------------	----	---	----	-----

現病・既往歴

緊急時連絡先	氏名	住所	続柄	電話番号

家族構成図 <small>主・主介護者 ☆・キーパーソン ○・女性 □・男性</small>	在宅主治医		かかりつけ薬局	
	要介護度	<input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 区分変更中 <input type="checkbox"/> 非該当 要支援 1 2 要介護 1 2 3 4 5 認定日: 年 月 日 有効期間: 年 月 日 ~ 年 月 日		
	特定疾患医療受給者証	<input type="checkbox"/> 有(疾患名:) <input type="checkbox"/> 無		
	障害者手帳	<input type="checkbox"/> 身体 <input type="checkbox"/> 知的 <input type="checkbox"/> 精神 (程度:)	生活保護の受給	<input type="checkbox"/> 有(担当CW名:) <input type="checkbox"/> 無
	サービス利用状況			

ADL	自立	見守り	一部介助	全介助	要支援は必要事項のみ記入
-----	----	-----	------	-----	--------------

移動方法 車いす 杖使用 歩行器 装具・補助具使用

移乗方法 自立 見守り 一部介助 全介助

口腔清潔 自立 見守り 一部介助 全介助 義歯の使用: 無 有()

食 事

普通食 治療食(kcal 糖尿病食 高血圧食 腎臓病食 その他) 経管栄養

主食: 米飯 全粥 ミキサー (摂取量 割)

副食: 通常 一口大 刻み 極小刻み ミキサー(とろみ付) ソフト食(摂取量 割)

水分摂取量: 1日 ml とろみ剤使用 あり なし

アレルギー: 無 有() 食への意欲: 無 有

摂取方法: はし スプーン その他() 嚥下・咀嚼状況(留意事項)()

更衣 自立 見守り 一部介助 全介助

入浴 自立 見守り 一部介助 全介助 自宅(浴室) 訪問入浴 通所系サービス 清拭

排泄 自立 見守り 一部介助 全介助 場所: トイレ ポータブル 尿器 オムツ

服薬管理 自立 見守り 一部介助 全介助 服薬管理者: 本人 家族(続柄) 医療・介護サービス事業者(事業所名:)

コミュニケーション能力

視力: 問題なし やや難あり 難あり 聴力: 問題なし やや難あり 難あり

言語: 問題なし やや難あり 難あり 眼鏡: 有 無 補聴器: 有 無

意思疎通: 問題なし やや難あり 難あり

療養上の問題

無

有: 幻視 幻聴 興奮 不穏 妄想 暴力 介護への抵抗 昼夜逆転 不眠 危険行為

不潔行為 意志疎通困難 徘徊 その他()

同居家族の認知症の有無: 無 有(程度:)

医療処置

バルーンカテーテル ストマ (人工肛門 人工膀胱) 気管切開 喀痰吸引 胃ろう 褥瘡

その他()

処理の頻度() 家族での対応: 可 不可

家族の介護力 無 有(留意事項:)

家族への介護指導 無 有: 理解の状況... 十分 不十分 (問題点:)

◆連絡事項・その他

この情報を提供することについて、ご本人またはご家族から同意をいただいています。

様式2 退院時共同指導 退院時カンファレンス用
(1回目・2回目)

行田市内

送付先事業所名()
担当ケアマネ()

氏名				生年月日	明・大・昭・平 年 月 日	年齢	歳	性別	男・女
面談日時	年 月 日 午前・午後 時 分～ 時 分					場所			
医療機関名及び連絡窓口	TEL					面談者			
入院の原因となった病名・状態像						合併症			
入院期間	入院日: 年 月 日 ~ 退院(予定)日: 年 月 日				要介護度	<input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 区分変更中 <input type="checkbox"/> 事業対象者 要支援 1 2 要介護 1 2 3 4 5			
入院中担当医					生活保護の受給	<input type="checkbox"/> 有(担当CW:) <input type="checkbox"/> 無			
ADL	自立	見守り	一部介助	全介助	病棟での様子				
移動方法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 杖使用 <input type="checkbox"/> 歩行器使用 <input type="checkbox"/> 装具・補助具使用				
移乗方法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
口腔清潔	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	義歯の使用: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()				
食事	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 治療食 (<input type="checkbox"/> 糖尿病食 <input type="checkbox"/> 高血圧食 <input type="checkbox"/> 腎臓病食 <input type="checkbox"/> その他(具体的に) (内容指示: Kcal/日、 塩分制限 g/日、たんぱく制限 g/日)) <input type="checkbox"/> 経管栄養(鼻・胃・腸) (内容: ml× 回) 副食: <input type="checkbox"/> 通常 <input type="checkbox"/> 一口大 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> 極小刻み <input type="checkbox"/> ミキサー(<input type="checkbox"/> 上ろみ付) <input type="checkbox"/> ソフト食 アレルギー: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () むせ込み: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () 食事場所: <input type="checkbox"/> 自室 <input type="checkbox"/> 食堂 (<input type="checkbox"/> 車椅子上 <input type="checkbox"/> ベッド上) <input type="checkbox"/> その他 ()				
栄養状態	<input type="checkbox"/> 良	<input type="checkbox"/> 不良	() (身長 cm 体重 Kg BMI)						
更衣	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
入浴	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	入浴の制限: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 浴槽 <input type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> 清拭 <input type="checkbox"/> その他 () 血圧の制限: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有				
排泄	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> パット <input type="checkbox"/> リハビリパンツ 最終排便日(年 月 日) 排尿回数(回) 排便回数(回)				
服薬管理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
療養上の問題	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () 認知症: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () 周辺症状: <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 不穏 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 危険行為 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 意志疎通困難 <input type="checkbox"/> 徘徊 特記事項: キーパーソン: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (連絡先:) <input type="checkbox"/> その他 ()								
医療処置	<input type="checkbox"/> パルーンカテーテル <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> ストマ(人工肛門・人工膀胱) <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> レスピレーター <input type="checkbox"/> 酸素 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 人工透析 家族での対応: <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可								
感染症	<input type="checkbox"/> HBV <input type="checkbox"/> HCV <input type="checkbox"/> MRSA保菌(<input type="checkbox"/> 発症:部位 <input type="checkbox"/> 痰 <input type="checkbox"/> 血液 <input type="checkbox"/> 尿 <input type="checkbox"/> 創部) <input type="checkbox"/> その他()								

◆リハビリ目標及び内容、頻度、運動制限(リハビリから確認)
◆看護を行っていて気になったこと(入院中のエピソード、家族と当事者の言動等)
◆本人、家族の退院に対する意向(患者と家族との意向の乖離)
◆その他

退院時カンファレンス参加者	
病院側	<input type="checkbox"/> MSW () <input type="checkbox"/> PT() <input type="checkbox"/> OT() <input type="checkbox"/> 病棟NS () <input type="checkbox"/> ST () <input type="checkbox"/> その他()
地域側	<input type="checkbox"/> 介護支援専門員 () <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター() <input type="checkbox"/> 訪問看護師 () <input type="checkbox"/> 診療所等看護師() <input type="checkbox"/> その他 ()

私は、上記の内容の説明を受けました。

年 月 日

利用者氏名 _____ 家族氏名 _____ (続柄 _____)

年 月 日

○△□○△□病院

病院担当者 _____

退院時共同指導

様式3 退院時地域連絡シート

行田市

送付先事業所名()
担当ケアマネ()

氏名		生年月日	明・大・昭・平 年 月 日	年齢	歳	性別	男・女
住所			面談日時	平成 年 月 日 午前・午後 時 分～ 時 分			
医療機関名及び連絡窓口	TEL		生活保護の受給	<input type="checkbox"/> 有(担当CW:) <input type="checkbox"/> 無			
入院の原因となった病名・状態像・合併症・事後予測							
入院期間	入院日: 年 月 日 ～ 退院(予定)日: 年 月 日		要介護度	<input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 区分変更中 <input type="checkbox"/> 事業対象者 要支援 1 2 要介護 1 2 3 4 5			
介護保険に係るサービス	<input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 通所系(通所介護・通所リハ・短期時間リハ)) <input type="checkbox"/> 福祉用具() <input type="checkbox"/> 短期入所 <input type="checkbox"/> 住宅改修 <input type="checkbox"/> 施設入所 <input type="checkbox"/> その他()						
ADL	自立	見守り	一部介助	全介助	病棟での様子		
移動方法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 杖使用 <input type="checkbox"/> 歩行器使用 <input type="checkbox"/> 装具・補助具使用		
移乗方法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
口腔清潔	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	義歯の使用: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()		
食事	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 治療食(<input type="checkbox"/> 糖尿病食 <input type="checkbox"/> 高血圧食 <input type="checkbox"/> 腎臓病食 <input type="checkbox"/> その他(具体的に) (内容指示: Kcal/日、 塩分制限 g/日、たんぱく制限 g/日)) <input type="checkbox"/> 経管栄養(鼻・胃・腸) (内容: ml× 回) 副食: <input type="checkbox"/> 通常 <input type="checkbox"/> 一口大 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> 極小刻み <input type="checkbox"/> ミキサー(<input type="checkbox"/> とろみ付) <input type="checkbox"/> ソフト食 アレルギー: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () むせ込み: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () 食事場所: <input type="checkbox"/> 自室 <input type="checkbox"/> 食堂 (<input type="checkbox"/> 車椅子上 <input type="checkbox"/> ベッド上) <input type="checkbox"/> その他()		
更衣	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
入浴	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	入浴の制限: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 浴槽 <input type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> 清拭 <input type="checkbox"/> その他() 血圧の制限: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		
排泄	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> パット <input type="checkbox"/> リハビリパンツ 最終排便日(年 月 日) 排尿回数(回) 排便回数(回)		
服薬管理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
療養上の問題	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () 認知症: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () 周辺症状: <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 不穏 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 危険行為 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 意志疎通困難 <input type="checkbox"/> 徘徊 特記事項: キーパーソン: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (連絡先:) <input type="checkbox"/> その他()						
医療処置	<input type="checkbox"/> パルーンカテーテル <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> ストマ(人工肛門・人工膀胱) <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> レスプレーター <input type="checkbox"/> 酸素 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 人工透析 家族での対応: <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可						
地域医療への紹介	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (医療機関名:)						
訪問診療予定	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (年 月 日 <input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後 時)						
◆本人・家族の退院に対する意向(患者と家族との意向の乖離)							

年 月 日

病院名:

病院担当者 _____

伊奈町医療・介護連携シート 令和 年 月 日

担当医

伊奈町内

ケアマネ

ヘルパー

デイサービス

デイケア

訪問リハ

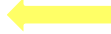
訪問看護

薬剤師

()

医療機関名	
所在地	
担当医	
電話番号	
FAX 番号	

居宅介護支援事業所名	
所在地	
担当者	
電話番号	
FAX 番号	



関係機関で開示した情報を共有することについて同意します。

令和 年 月 日 本人氏名 代筆 () 続柄 ()

フリガナ 利用者氏名		男・女	生年月日	T・S・H 年 月 日 歳
利用者住所		電話番号		
		要介護度等	事業対象者	要支援 1・2
	要介護 1・2・3・4・5			
緊急連絡先	氏名	続柄	電話番号	住所
	①			家族構成 (キーパーソン☆ 主介護者★)
	②			
現在受診している医療機関	担当医師	治療内容		
訪看、薬剤師、介護事業所	担当者	電話番号		
①病名	②既往歴		ADL	
③皮膚疾患 ・有り () ・無し	④禁忌・特記事項			
⑤アレルギー ・有り () ・無し	⑥感染症 ・有り () ・無し			

○相談内容

○返信欄

(令和 年 月 日)

坂戸市・鶴ヶ島市内
(医療機関→ケアマネジャー)

入院時情報共有シート

医療機関名: _____

主治医: _____

患者氏名	様	ID	作成日			
生年月日	年	月	日	歳	性別	
入院日	令和	年	月	日		
退院支援担当						
病棟担当						
病名	主たる介護者・キーパーソン					
介護保険	担当ケアマネジャー					
入院予定期間						

ご本人の意向	
ご家族の意向	

支援計画	
------	--

その他	
-----	--

以上の内容で、入院医療機関の医療従事者、ご自宅に関わる関係機関担当者と共に退院支援いたします。
私は上記の内容を介護支援専門員へ情報提供することに下記署名をもって同意します。
また、介護支援専門員が必要な各専門職（看護・薬剤・リハビリなど）からの情報提供にも同意します。

令和 年 月 日

ご本人・ご家族の署名（同意について）

（続柄）

※ご本人・ご家族へ原本をお渡しします。

入院時情報提供書

記入日 年 月 日
 入院日 年 月 日
 情報提供日 年 月 日

坂戸市・鶴ヶ島市内

医療機関

医療機関名：
 ご担当者名： 様

居宅介護支援事業所

事業所名：
 ケアマネジャー氏名：

TEL
 FAX

利用者(患者)/家族の同意に基づき、利用者情報(身体・生活機能など)の情報を送付します。是非ご活用下さい。

1. 利用者(患者)基本情報について

患者氏名	(フリガナ) 様	年齢	性別
住所		生年月日	
住環境 ※可能ならば、「写真」 などを添付	<input type="checkbox"/> 戸建 <input type="checkbox"/> 集合住宅 階建て 階	電話番号	エレベーター <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
入院時の要介護度		介護保険自己負担割合	
障害高齢者日常生活自立度	<input type="radio"/> 自立 <input type="radio"/> J1 <input type="radio"/> J2 <input type="radio"/> A1 <input type="radio"/> A2 <input type="radio"/> B1 <input type="radio"/> B2 <input type="radio"/> C1 <input type="radio"/> C2		
認知症高齢者日常生活自立度	<input type="radio"/> 自立 <input type="radio"/> I <input type="radio"/> IIa <input type="radio"/> IIb <input type="radio"/> IIIa <input type="radio"/> IIIb <input type="radio"/> IV <input type="radio"/> M		
障害など認定	<input type="checkbox"/> 身体 <input type="checkbox"/> 精神 <input type="checkbox"/> 療育		
年金などの種類*	<input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 遺族年金 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> その他		

2. 家族構成/連絡先について

世帯構成	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> 子と同居 <input type="checkbox"/> その他 ()
主介護者氏名	(続柄) <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 <input type="checkbox"/> 支払い
キーパーソン	(続柄) <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 <input type="checkbox"/> 支払い
世帯に対する配慮	<input type="radio"/> 不要 <input type="radio"/> 必要 ()

ジェノグラム

3. 本人/家族の意向について

本人の趣味・興味・ 関心領域等	
本人の生活歴	
入院前の本人 家族の 生活に対する意向	<input type="checkbox"/> 同封の居宅サービス計画(1)参照

4. 入院前の介護サービスの利用状況について

入院前の介護 サービスの利用状況	同封の書類をご確認ください。 <input type="checkbox"/> 居宅サービス計画書1,2,3表 <input type="checkbox"/> その他 ()
---------------------	---

5. 今後の在宅生活の展望について(ケアマネジャーとしての意見)

在宅生活に 必要な要件	
退院後の世帯状況	<input type="radio"/> 入院前と同じ <input type="radio"/> その他 ()
退院後の主介護者	<input type="radio"/> 入院前と同じ <input type="radio"/> その他 ()
介護力*	<input type="radio"/> 介護力が見込まれる <input type="radio"/> 介護力は見込めない <input type="radio"/> 介護者なし
※家族や同居者等に よる虐待の疑い	<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり
特記事項	

6. カンファレンス等について(ケアマネジャーからの希望)

「院内の多職種カンファレンス」への参加	<input type="checkbox"/> 希望あり
「退院前カンファレンス」への参加	<input type="checkbox"/> 希望あり 具体的な要望 ()
「退院前訪問指導」を実施する場合の同行	<input type="checkbox"/> 希望あり

医療機関名: _____

坂戸市・鶴ヶ島市内

退院時情報共有シート

主治医: _____

(介護支援連携指導・ 退院時共同指導)

患者氏名	様	ID	作成日
生年月日	年	月	日 歳 性別
面談日	令和	年	月 日 担当者
出席者			

ご本人の意向	
ご家族の意向	

ADL	食事	排泄 昼	排泄 夜	入浴	備考	
	屋内 移動	屋外 移動	薬	口腔 ケア		
IADL	調理	洗濯	買物	掃除	通院	金銭 管理
介護保険	要支援1			備考		
必要とされる 医療サービス						
退院後の 医療処置				備考		
退院後の 注意点						

退院予定日	令和	年	月	日	送迎手配
訪問看護 (初回)	令和	年	月	日	時
退院後の通院 訪問診療先	令和	年	月	日	かかりつけ医

以上の内容で、入院医療機関の医療従事者、ご自宅に関わる関係機関担当者と共同で退院支援いたしました。
私は上記の内容を介護支援専門員へ情報提供することに下記署名をもって同意します。
また、介護支援専門員が必要な各専門職（看護・薬剤・リハビリなど）からの情報提供にも同意します。

令和 年 月 日

ご本人・ご家族の署名（同意について） (続柄)

※ご本人・ご家族へ原本をお渡します。

※指導料算定には介護支援専門員の来院とケアプラン添付が必要です。

埼玉県比企地区版 連携シート

東松山市、吉見町、川島町、滑川町、嵐山町、小川町、鳩山町、ときがわ町、東秩父村

【 表面 】 日々の情報伝達・共有 ※基本情報

※表面・裏面共に記入時の把握している情報で作成しています

フリガナ											
氏名	様 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		生年月日	T S H	年	月	日	歳			
住所	(〒 -)										
連絡先: 本人 (緊急時含)	自宅: 携帯: ※電話対応 <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない			連絡先① (緊急時含)	氏名: 本人との続柄: 自宅: 携帯:						
連絡先② (緊急時含)	氏名: 本人との続柄: 自宅: 携帯:			連絡先③ (緊急時含)	氏名: 本人との続柄: 自宅: 携帯:						
主病名 (障害名)											
認知症高齢者の 日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M			障害高齢者の 日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2						
要介護度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 事業対象者 要支援 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 要介護 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 申請中										
公費負担	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 指定難病 <input type="checkbox"/> その他 ()			障害者手帳	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 有 ()						

関わる医療・介護関係機関

かかりつけ医	<input type="checkbox"/> ある	病院・医療機関名:	MCSの登録 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	<input type="checkbox"/> ない	医師名:	訪問診療 <input type="checkbox"/> 実施している <input type="checkbox"/> 実施していない
		連絡先 Tel:	Fax:
介護支援 専門員 (ケアマネジャー)	<input type="checkbox"/> いる	事業所名:	MCSの登録 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	<input type="checkbox"/> いない	担当者名:	管理者名:
		連絡先 Tel:	Fax:
かかりつけ 歯科	<input type="checkbox"/> ある	歯科医院名:	MCSの登録 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	<input type="checkbox"/> ない	歯科医師名:	訪問歯科診療 <input type="checkbox"/> 実施している <input type="checkbox"/> 実施していない
		連絡先 Tel:	Fax:
訪問看護	<input type="checkbox"/> ある	事業所名:	MCSの登録 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	<input type="checkbox"/> ない	担当者名:	管理者名:
		連絡先 Tel:	Fax:
かかりつけ 薬局	<input type="checkbox"/> ある	事業所名:	MCSの登録 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	<input type="checkbox"/> ない	担当者名:	管理者名:
		連絡先 Tel:	Fax:
その他連携 事業所等①	<input type="checkbox"/> ある	事業所名:	MCSの登録 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	<input type="checkbox"/> ない	担当者名:	管理者名:
		連絡先 Tel:	Fax:
その他連携 事業所等②	<input type="checkbox"/> ある	事業所名:	MCSの登録 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	<input type="checkbox"/> ない	担当者名:	管理者名:
		連絡先 Tel:	Fax:
その他連携 事業所等③	<input type="checkbox"/> ある	事業所名:	MCSの登録 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	<input type="checkbox"/> ない	担当者名:	管理者名:
		連絡先 Tel:	Fax:

入院時情報提供書【入院時情報共有シート】

医療機関 ← 居宅介護支援事業所

医療機関名：

事業所名：

ご担当者名：

ケアマネジャー氏名

TEL：

FAX：

利用者（患者）／家族の同意に基づき、利用者情報（身体・生活機能など）の情報を送付します。是非ご活用ください。

1. 利用者（患者）基本情報について

患者氏名	(フリガナ)	年齢	才	性別	
		生年月日		年 月 日生	
住所	〒	電話番号			
住環境 ※可能ならば「写真」 などを添付	住居の種類（ ）， ____ 階建て， 居室 ____ 階， エレベーター（ ）				
入院時の要介護度	特記事項（ ）				
障害高齢者の 日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 要支援（ ） <input type="checkbox"/> 要介護（ ） 有効期限： 年 月 日～ 年 月 日 <input type="checkbox"/> 申請中（申請日 / ） <input type="checkbox"/> 区分変更（申請日 / ） <input type="checkbox"/> 未申請				<input type="checkbox"/> 医師の判断 <input type="checkbox"/> ケアマネジャーの判断
認知症高齢者の 日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J 1 <input type="checkbox"/> J 2 <input type="checkbox"/> A 1 <input type="checkbox"/> A 2 <input type="checkbox"/> B 1 <input type="checkbox"/> B 2 <input type="checkbox"/> C 1 <input type="checkbox"/> C 2 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II a <input type="checkbox"/> II b <input type="checkbox"/> III a <input type="checkbox"/> III b <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M				
介護保険の 自己負担割合	<input type="checkbox"/> 割 <input type="checkbox"/> 不明	障害など認定	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）		
年金などの種類	<input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> その他（ ）				

2. 家族構成／連絡先について

世帯構成	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> 子と同居 <input type="checkbox"/> その他（ ） * <input type="checkbox"/> 日中独居				
主介護者氏名	(続柄： ・ 才)	()	TEL		
キーパーソン	(続柄： ・ 才)	連絡先	TEL:	TEL	

3. 本人／家族の意向について

本人の趣味・興味・ 関心領域等	
本人の生活歴	
入院前の本人の 生活に対する意向	<input type="checkbox"/> 同封の居宅サービス計画(1)参照
入院前の家族の 生活に対する意向	<input type="checkbox"/> 同封の居宅サービス計画(1)参照

4. 入院前の介護サービスの利用状況について

入院前の介護 サービスの利用状況	同封の書類をご確認ください。 <input type="checkbox"/> 居宅サービス計画書1.2.3表 <input type="checkbox"/> その他（ ）
---------------------	--

5. 今後の在宅生活の展望について（ケアマネジャーとしての意見）

在宅生活に 必要な要件	
退院後の世帯状況	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢世帯 <input type="checkbox"/> 子と同居（家族構成員数 名） * <input type="checkbox"/> 日中独居 <input type="checkbox"/> その他
世帯に対する配慮	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要（ ）
退院後の主介護者	<input type="checkbox"/> 本シート2に同じ <input type="checkbox"/> 左記以外（氏名 続柄 ・年齢
介護力*	<input type="checkbox"/> 介護力が見込める（ <input type="checkbox"/> 十分 ・ <input type="checkbox"/> 一部 ） <input type="checkbox"/> 介護力は見込めない <input checked="" type="checkbox"/> 家族や支援者はいない
家族や同居者等に よる虐待の疑い*	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）
特記事項	

6. カンファレンス等について（ケアマネジャーからの要望）

「院内の多職種カンファレンス」への参加	<input type="checkbox"/> 希望あり
「退院前カンファレンス」への参加	<input type="checkbox"/> 希望あり ・具体的な要望（ ）
「退院前訪問指導」を実施する場合の同行	<input type="checkbox"/> 希望あり

* = 診療報酬 退院支援加算 1. 2「退院困難な患者の要因」に関連

7. 身体・生活機能の状況／療養生活上の課題について

本庄市、美里町、上里町、神川町内

麻痺の状況		褥瘡の有無		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()		
A D L	移動	移動(室内)	<input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他			
	移乗		移動(屋外)			<input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他
	更衣		起居動作			
	整容					
	入浴					
	食事					
食事内容	食事回数	() 回/日 (朝 時頃・昼 時頃・夜 時頃)		食事制限	<input type="checkbox"/> あり () <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明	
	食事形態	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> きざみ <input type="checkbox"/> 嚥下障害食 <input type="checkbox"/> ミキサー		UDF等の食形態区分		
	摂取方法	<input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経管栄養	水分とろみ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	水分制限	<input type="checkbox"/> あり () <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明
口腔	嚥下機能			義歯	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	
	口腔清潔			口臭	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
排泄*	排尿			ポータブルトイレ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 夜間 <input type="checkbox"/> 常時	
	排便			オムツ/パッド	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 夜間 <input type="checkbox"/> 常時	
睡眠の状態		()	眠剤の使用	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		
喫煙		本くらい/日	飲酒	合くらい/日あたり		
コミュニケーション能力	視力			眼鏡	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	
	聴力			補聴器	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
	言語	コミュニケーションに関する特記事項:				
	意思疎通					
精神面における療養上の問題		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 焦燥・不穏 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 暴力/攻撃性 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 危険行為 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> その他 ()				
疾患歴*		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 悪性腫瘍 <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 急性呼吸器感染症 <input type="checkbox"/> 脳血管障害 <input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> その他 ()				
入院歴*	最近半年間での入院	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (理由: 期間: 年 月 日 ~ 年 月 日) <input type="checkbox"/> 不明				
	入院頻度	<input type="checkbox"/> 頻度は高い/繰り返している <input type="checkbox"/> 頻度は低いが、これまでにもある <input type="checkbox"/> 今回が初めて				
入院前に実施している医療処置*		<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 ()				

8. お薬について ※必要に応じて、「お薬手帳(コピー)」を添付

内服薬	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	居宅療養管理指導	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (職種:)
薬剤管理	<input type="checkbox"/> 自己管理 <input type="checkbox"/> 他者による管理 (・管理者: 管理方法:)		
服薬状況	<input type="checkbox"/> 処方通り服用 <input type="checkbox"/> 時々飲み忘れ <input type="checkbox"/> 飲み忘れが多い、処方が守られていない <input type="checkbox"/> 服薬拒否		
お薬に関する、特記事項			

9. かかりつけ医について

かかりつけ医療機関名		電話番号	
医師名	(フリガナ)	診察方法・頻度	<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 訪問診療 ・頻度 = () 回/月

* = 診療報酬 退院支援加算1.2「退院困難な患者の要因」に関連

退院退所情報記録書【退院前情報共有シート】

1. 基本情報・現在の状態 等

記入日： 年 月 日

属性	フリガナ		性別	年齢	退院(所)時の要介護度 (<input type="checkbox"/> 要区分変更)		
	氏名	様		歳	<input type="checkbox"/> 要支援() <input type="checkbox"/> 要介護() <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> なし		
入院(所)概要	・入院(所)日： 年 月 日 ・退院(所)予定日： 年 月 日						
	入院原因疾患(入所目的等)						
	入院・入所先	施設名 棟 室					
① 疾患と入院(所)中の状況	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	
	現在治療中の疾患	①	②	③	疾患の状況	*番号記入 安定() 不安定()	
	移動手段	<input type="checkbox"/> 自立 <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等の食事形態区分					
	嚥下機能(むせ)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()		義歯	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()		
	口腔清潔	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良 <input type="checkbox"/> 著しく不良			入院(所)中の使用 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		
	口腔ケア	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助					
	睡眠	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良() 眠剤使用 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり					
	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、後遺症等の受け止め方	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、後遺症等の受け止め方					
<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	医療処置の内容	<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()				
	看護の視点	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 血圧 <input type="checkbox"/> 水分制限 <input type="checkbox"/> 食事制限 <input type="checkbox"/> 食形態 <input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 口腔ケア <input type="checkbox"/> 清潔ケア <input type="checkbox"/> 血糖コントロール <input type="checkbox"/> 排泄 <input type="checkbox"/> 皮膚状態 <input type="checkbox"/> 睡眠 <input type="checkbox"/> 認知機能・精神面 <input type="checkbox"/> 服薬指導 <input type="checkbox"/> 一包化 <input type="checkbox"/> 療養上の指導(食事・水分・睡眠・清潔ケア・排泄 などにおける指導) <input type="checkbox"/> ターミナル <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"/> 更服装具・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()				
	禁忌事項	(禁忌の有無)		(禁忌の内容/留意点)		
症状・病状の予後・予測						
退院に際しての日常生活の障害要因(心身状況・環境等)		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)、良くなっていく又はゆっくり落ち着いていく方向なのか等)について、①疾患と入院中の状況、②本人・家族の受け止めや意向、③退院後に必要な事柄、④その他の観点から必要と思われる事項について記載する。				
在宅復帰のために整えなければならない要件						
回目	聞き取り日	情報提供を受けた職種(氏名)			会議出席	
1						
2						
3						

※課題分析にあたっては、必要に応じて課題整理総括票の活用も考えられる。

入院時情報提供書

記入日
入院日
情報提供日

三郷市内

医療機関
医療機関名：
ご担当者名： 様

居宅介護支援事業所
事業所名：
ケアマネジャー氏名：
TEL
FAX

利用者(患者)/家族の同意に基づき、利用者情報(身体・生活機能など)の情報を送付します。是非ご活用下さい。

1. 利用者(患者)基本情報について									
患者氏名	(フリガナ) 様				年齢	性別			
					生年月日				
住所					電話番号				
住環境 ※可能ならば、「写真」 などを添付	<input type="checkbox"/> 戸建	<input type="checkbox"/> 集合住宅	階建て	階	エレベーター	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし		
	特記事項								
入院時の要介護度					介護保険自己負担割合				
障害高齢者日常生活自立度	<input type="radio"/> 自立	<input type="radio"/> J1	<input type="radio"/> J2	<input type="radio"/> A1	<input type="radio"/> A2	<input type="radio"/> B1	<input type="radio"/> B2	<input type="radio"/> C1	<input type="radio"/> C2
認知症高齢者日常生活自立度	<input type="radio"/> 自立	<input type="radio"/> I	<input type="radio"/> IIa	<input type="radio"/> IIb	<input type="radio"/> IIIa	<input type="radio"/> IIIb	<input type="radio"/> IV	<input type="radio"/> M	
障害など認定	<input type="checkbox"/> 身体	<input type="checkbox"/> 精神	<input type="checkbox"/> 療育						
年金などの種類*	<input type="checkbox"/> 国民年金	<input type="checkbox"/> 厚生年金	<input type="checkbox"/> 障害年金	<input type="checkbox"/> 遺族年金	<input type="checkbox"/> 生活保護	<input type="checkbox"/> その他			

2. 家族構成/連絡先について	
世帯構成	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> 子と同居 <input type="checkbox"/> その他 ()
主介護者氏名	(続柄) <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 <input type="checkbox"/> 支払い
キーパーソン	(続柄) <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 <input type="checkbox"/> 支払い
世帯に対する配慮	<input type="radio"/> 不要 <input type="radio"/> 必要 ()

3. 本人/家族の意向について	
本人の趣味・興味・ 関心領域等	
本人の生活歴	
入院前の本人 家族の 生活に対する意向	<input type="checkbox"/> 同封の居宅サービス計画 (1)

4. 入院前の介護サービスの利用状況について	
入院前の介護 サービスの利用状況	同封の書類をご確認ください。 <input type="checkbox"/> 居宅サービス計画書1.2.3表 <input type="checkbox"/> その他 ()

5. 今後の在宅生活の展望について (ケアマネジャーとしての意見)	
在宅生活に 必要な要件	
退院後の世帯状況	<input type="radio"/> 入院前と同じ <input type="radio"/> その他 ()
退院後の主介護者	<input type="radio"/> 入院前と同じ <input type="radio"/> その他 ()
介護力*	<input type="radio"/> 介護力が見込まれる <input type="radio"/> 介護力は見込めない <input type="radio"/> 介護者なし
※家族や同居者等に よる虐待の疑い	<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり
特記事項	

6. カンファレンス等について (ケアマネジャーからの希望)	
「院内の多職種カンファレンス」への参加	<input type="checkbox"/> 希望あり
「退院前カンファレンス」への参加	<input type="checkbox"/> 希望あり 具体的な要望 ()
「退院前訪問指導」を実施する場合の同行	<input type="checkbox"/> 希望あり

7. 身体・生活機能の状況／療養生活上の課題について

A D L	麻痺の状況			排泄*	排尿		
	褥瘡の有無				排便		
	移動			□ 腔	嚥下機能		
	移乗				□ 腔清潔		
	移動(室内)				義歯		
	移動(屋外)				□ 臭		
	起居動作				睡眠の状態		
	更衣			眠剤の使用			
	整容			喫煙			
	入浴			飲酒			
	食事			コミュニケーション能力	視力		
	食事形態				聴力		
摂取方法			言語				
水分とろみ			意思疎通				
食事制限			眼鏡				
水分制限			補聴器				
精神面における療養上の問題		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 幻覚 幻視 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 暴言暴力 <input type="checkbox"/> 介護抵抗 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 危険行為 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> その他					
疾患歴*		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 悪性腫瘍 <input type="checkbox"/> 急性呼吸器感染症 <input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> 脳血管障害 <input type="checkbox"/> その他 ()					
入院歴*	最近半年間での入院	<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり <input type="radio"/> 不明 期間： ~ (理由)					
	入院頻度	<input type="radio"/> 頻度は高く繰り返し <input type="radio"/> 頻度は低いがこれまでもあ <input type="radio"/> 今回初めて					
入院前に実施している医療処置*		<input type="checkbox"/> 点滴管理 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 疼痛管理 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> モニター測定 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 尿管カテーテル <input type="checkbox"/> 導尿 <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> インスリン					

8. お薬について ※必要に応じて、「お薬手帳(コピー)」を添付

内服薬	<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり	居宅療養管理指導	<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり	(職種:)
薬剤管理	<input type="radio"/> 自立 <input type="radio"/> 一部介助 <input type="radio"/> 全介助	(管理者 管理方法)		
服薬状況	<input type="radio"/> 処方通り服用 <input type="radio"/> 時々飲み忘れ <input type="radio"/> 飲み忘れが多い、処方が守られていない <input type="radio"/> 服薬拒否			
お薬に関する特記事項				

9. かかりつけ医について

かかりつけ医機関名		電話番号	
医師名		診察方法	<input type="radio"/> 通院 <input type="radio"/> 訪問診療
		頻度	・頻度= () 回 / 月

*=診療報酬 退院支援加算 1. 2 「退院困難な患者の要因」に関連

医療機関名: _____

主治医: _____

三郷市内
(医療機関→ケアマネジャー)

入院時情報共有シート

患者氏名	様	ID	作成日
生年月日	昭和 年 月 日 歳	性別	
入院日	令和 年 月 日		
退院支援担当			
病棟担当			
病名	主たる介護者・キーパーソン		
介護保険	担当ケアマネジャー		
入院予定期間			

ご本人の意向	
ご家族の意向	

支援計画	
------	--

その他	
-----	--

以上の内容で、入院医療機関の医療従事者、ご自宅で関わる関係機関担当者と共同で退院支援いたします。
私は上記の内容を介護支援専門員へ情報提供することに下記署名をもって同意します。

また、介護支援専門員が必要な各専門職（看護・薬剤・リハビリなど）からの情報提供にも同意します。

令和 年 月 日

ご本人・ご家族の署名（同意について）

（続柄）

※ご本人・ご家族へ原本をお渡します。

退院調整共有情報記録書

記入日: 年 月 日

1. 基本情報・現在の状態

属性	フリガナ	性別	年齢	退院(所)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"/> 要支援 () <input type="checkbox"/> 要介護()	<input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> なし	
入院概要	・入院(所)日: 年 月 日		・退院(所)予定日: 年 月 日			
	入院原因疾患 (入所目的等)					
	入院・入所先	施設名:	棟	室		
① 疾患と入院中の状況	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		
	現在治療中の疾患	① ② ③	疾患の状況	*番号記入	安定() 不安定()	
	移動手段	<input type="checkbox"/> 自立 <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"/> あり(時々・常に)		義歯	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(<input type="checkbox"/> 部分・ <input type="checkbox"/> 総)	
	口腔清潔	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良 <input type="checkbox"/> 著しく不良		入院(所)中の使用: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		
	口腔ケア	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助				
	睡眠	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良 ()			眠剤使用	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
② 受け止め / 意向	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 ()				
	<本人> 病気、障害、後遺症等の受け止め方	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、後遺症等の受け止め方					
	<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	医療処置の内容	<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 ()			
	看護の視点	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 血圧 <input type="checkbox"/> 水分制限 <input type="checkbox"/> 食事制限 <input type="checkbox"/> 食形態 <input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 口腔ケア <input type="checkbox"/> 清潔ケア <input type="checkbox"/> 血糖コントロール <input type="checkbox"/> 排泄 <input type="checkbox"/> 皮膚状態 <input type="checkbox"/> 睡眠 <input type="checkbox"/> 認知機能・精神面 <input type="checkbox"/> 服薬指導 <input type="checkbox"/> 療養上の指導 (食事・水分・睡眠・清潔ケア・排泄 などにおける指導 <input type="checkbox"/> ターミナル <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 ()			
	禁忌事項	(禁忌の有無)	(禁忌の内容/留意点)		
症状・病状の予後・予測	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり				
退院に際しての日常生活の阻害要因 (心身状況・環境等)	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)、良くなっていく又はゆっくり落ちていく方向なのか等)について、①疾患と入院中の状況、②本人・家族の受け止めや意向、③退院後に必要な事柄、④その他の観点から必要と思われる事項について記載する。				
在宅復帰のために整えなければならない要件					
回目	聞き取り日	情報提供を受けた職種 (氏名)		会議出席	
1	年 月 日			無・有	
2	年 月 日			無・有	
3	年 月 日			無・有	

※ 課題分析にあたっては、必要に応じて課題整理総括表の活用も考えられる。

三郷市内 様式
(医療機関→ケアマネジャー)

退院時情報共有シート

医療機関名: _____

主治医: _____

介護支援連携指導・ 退院時共同指導)

患者氏名	様	ID	作成日
生年月日	昭和 年 月 日 歳	性別	
面談日	令和 年 月 日	担当者	
出席者			

診断名	
病状経過	
ご本人の意向	
ご家族の意向	

ADL	食事	排泄 昼	排泄 夜	入浴	備考	
	屋内 移動	屋外 移動	薬	口腔 ケア		
IADL	調理	洗濯	買物	掃除	通院	金銭 管理
介護保険	要支援1			備考		
必要とされる 医療サービス				備考		
退院後の 医療処置				備考		
退院後の 注意点						

退院予定日	令和 年 月 日	送迎手配	
訪問看護 (初回)	令和 年 月 日 時		
退院後の通院 訪問診療先	令和 年 月 日	かかりつけ医	

以上の内容で、入院医療機関の医療従事者、ご自宅に関わる関係機関担当者と共同で退院支援いたしました。私は上記の内容を介護支援専門員へ情報提供することに下記署名をもって同意します。また、介護支援専門員が必要な各専門職（看護・薬剤・リハビリなど）からの情報提供にも同意します。

令和 年 月 日

ご本人・ご家族の署名（同意について） _____ (続柄)

※ご本人・ご家族へ原本をお渡します。

※指導料算定には介護支援専門員の来院とケアプラン添付が必要です。

入院時情報提供書

記入日： 年 月 日
入院日： 年 月 日
情報提供日： 年 月 日

医療機関 ← 居宅介護支援事業所

医療機関名：

事業所名：

ご担当者名：

ケアマネジャー氏名：

TEL：

FAX：

利用者(患者)／家族の同意に基づき、利用者情報(身体・生活機能など)の情報を送付します。是非ご活用下さい。

1. 利用者(患者)基本情報について

患者氏名	(フリガナ)	年齢	才	性別	男 女
		生年月日	明・大・昭	年 月 日生	
住所	〒	電話番号			
住環境 ※可能ならば、「写真」などを添付	住居の種類（戸建て・集合住宅）、__階建て、居室__階、エレベーター（有・無） 特記事項（ ）				
入院時の要介護度	<input type="checkbox"/> 要支援（ ） <input type="checkbox"/> 要介護（ ） 有効期間： 年 月 日 ～ 年 月 日 <input type="checkbox"/> 申請中(申請日 /) <input type="checkbox"/> 区分変更(申請日 /) <input type="checkbox"/> 未申請				
障害高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2			<input type="checkbox"/> 医師の判断	
認知症高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M			<input type="checkbox"/> ケアマネジャーの判断	
介護保険の自己負担割合	<input type="checkbox"/> __割 <input type="checkbox"/> 不明	障害など認定	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（身体・精神・知的）		
年金などの種類	<input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> その他()				

2. 家族構成／連絡先について

世帯構成	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> 子と同居 <input type="checkbox"/> その他（ ） * <input type="checkbox"/> 日中独居				
主介護者氏名	(続柄・才)	(同居・別居)	TEL		
キーパーソン	(続柄・才)	連絡先	TEL		

3. 本人／家族の意向について

本人の趣味・興味・関心領域等	
本人の生活歴	
入院前の本人の生活に対する意向	<input type="checkbox"/> 同封の居宅サービス計画(1)参照
入院前の家族の生活に対する意向	<input type="checkbox"/> 同封の居宅サービス計画(1)参照

4. 入院前の介護サービスの利用状況について

入院前の介護サービスの利用状況	同封の書類をご確認ください。 <input type="checkbox"/> 居宅サービス計画書1.2.3表 <input type="checkbox"/> その他（ ）
-----------------	--

5. 今後の在宅生活の展望について（ケアマネジャーとしての意見）

在宅生活に必要な要件	
退院後の世帯状況	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢世帯 <input type="checkbox"/> 子と同居（家族構成員数 名） * <input type="checkbox"/> 日中独居 <input type="checkbox"/> その他（ ）
世帯に対する配慮	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要（ ）
退院後の主介護者	<input type="checkbox"/> 本シート2に同じ <input type="checkbox"/> 左記以外（氏名 続柄・年齢）
介護力*	<input type="checkbox"/> 介護力が見込める（ <input type="checkbox"/> 十分 ・ <input type="checkbox"/> 一部 ） <input type="checkbox"/> 介護力は見込めない <input type="checkbox"/> 家族や支援者はいない
家族や同居者等による虐待の疑い*	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）
特記事項	

6. カンファレンス等について（ケアマネジャーからの希望）

「院内の多職種カンファレンス」への参加	<input type="checkbox"/> 希望あり	
「退院前カンファレンス」への参加	<input type="checkbox"/> 希望あり	<input type="checkbox"/> 具体的な要望（ ）
「退院前訪問指導」を実施する場合の同行	<input type="checkbox"/> 希望あり	

* = 診療報酬 退院支援加算1. 2「退院困難な患者の要因」に関連

7. 身体・生活機能の状況／療養生活上の課題について

麻痺の状況		なし	軽度	中度	重度	褥瘡の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()			
A D L	移動	自立	見守り	一部介助	全介助	移動(室内)	<input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他			
	移乗	自立	見守り	一部介助	全介助	移動(屋外)	<input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他			
	更衣	自立	見守り	一部介助	全介助	起居動作	自立	見守り	一部介助	全介助
	整容	自立	見守り	一部介助	全介助					
	入浴	自立	見守り	一部介助	全介助					
	食事	自立	見守り	一部介助	全介助					
食事内容	食事回数	() 回/日 (朝 時頃 ・ 昼 時頃 ・ 夜 時頃)				食事制限	<input type="checkbox"/> あり () <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明			
	食事形態	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> きざみ <input type="checkbox"/> 嚥下障害食 <input type="checkbox"/> ミキサー				UDF等の食形態区分				
	摂取方法	<input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経管栄養		水分とろみ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	水分制限	<input type="checkbox"/> あり () <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明			
口腔	嚥下機能	むせない	時々むせる	常にむせる	義歯	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(部分 ・ 総)				
	口腔清潔	良	不良	著しく不良	口臭	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり				
排泄*	排尿	自立	見守り	一部介助	全介助	ポータルトイレ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 夜間 <input type="checkbox"/> 常時			
	排便	自立	見守り	一部介助	全介助	オムツ/パッド	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 夜間 <input type="checkbox"/> 常時			
睡眠の状態		良	不良 ()		眠剤の使用	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり				
喫煙		無	有 ____本くらい/日		飲酒	無	有 ____合くらい/日あたり			
コミュニケーション能力	視力	問題なし	やや難あり	困難		眼鏡	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()			
	聴力	問題なし	やや難あり	困難		補聴器	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり			
	言語	問題なし	やや難あり	困難		コミュニケーションに関する特記事項：				
	意思疎通	問題なし	やや難あり	困難						
精神面における療養上の問題		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 焦燥・不穏 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 暴力/攻撃性 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 危険行為 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> その他 ()								
疾患歴*		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 悪性腫瘍 <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 急性呼吸器感染症 <input type="checkbox"/> 脳血管障害 <input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> その他 ()								
入院歴*	最近半年間での入院	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (理由： 期間： H 年 月 日 ~ H 年 月 日) <input type="checkbox"/> 不明								
	入院頻度	<input type="checkbox"/> 頻度は高い/繰り返している <input type="checkbox"/> 頻度は低いが、これまでもある <input type="checkbox"/> 今回が初めて								
入院前に実施している医療処置*		<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 ()								

8. お薬について ※必要に応じて、「お薬手帳(コピー)」を添付

内服薬	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	居宅療養管理指導	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (職種：)
薬剤管理	<input type="checkbox"/> 自己管理 <input type="checkbox"/> 他者による管理 (・管理者：) ・管理方法： ()		
服薬状況	<input type="checkbox"/> 処方通り服用 <input type="checkbox"/> 時々飲み忘れ <input type="checkbox"/> 飲み忘れが多い、処方が守られていない <input type="checkbox"/> 服薬拒否		
お薬に関する、特記事項			

9. かかりつけ医について

かかりつけ医機関名		電話番号	
医師名	(フリガナ)	診察方法・頻度	<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 訪問診療 ・頻度 = () 回 / 月

* = 診療報酬 退院支援加算 1. 2「退院困難な患者の要因」に関連

1. 基本情報・現在の状態 等

記入日： 年 月 日

属性	フリガナ	性別	年齢	退院(所)時の要介護度 (<input type="checkbox"/> 要区分変更)	
	氏名	様 男・女	歳	要支援 () ・ 要介護 () <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> なし	
入院(所)概要	・入院(所)日：H 年 月 日 ・退院(所)予定日：H 年 月 日				
	入院原因疾患(入所目的等)				
	入院・入所先	施設名	棟	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(所)中の状況	現在治療中の疾患	① ② ③	疾患の状況	* 番号記入	安定 () 不安定 ()
	移動手段	<input type="checkbox"/> 自立 <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"/> あり(時々・常に)	義歯	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(部分・総)	
	口腔清潔	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良 <input type="checkbox"/> 著しく不良		入院(所)中の使用： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
	口腔ケア	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			
	睡眠	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良 ()			眠剤使用 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
	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、後遺症等の受け止め方	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、後遺症等の受け止め方				
	<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	医療処置の内容	<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 ()			
	看護の視点	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 血圧 <input type="checkbox"/> 水分制限 <input type="checkbox"/> 食事制限 <input type="checkbox"/> 食形態 <input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 口腔ケア <input type="checkbox"/> 清潔ケア <input type="checkbox"/> 血糖コントロール <input type="checkbox"/> 排泄 <input type="checkbox"/> 皮膚状態 <input type="checkbox"/> 睡眠 <input type="checkbox"/> 認知機能・精神面 <input type="checkbox"/> 服薬指導 <input type="checkbox"/> 療養上の指導(食事・水分・睡眠・清潔ケア・排泄 などにおける指導) <input type="checkbox"/> ターミナル <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 ()			
	禁忌事項	(禁忌の有無)	(禁忌の内容/留意点)		
症状・病状の予後・予測					
退院に際しての日常生活の阻害要因(心身状況・環境等)	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)、良くなっていく又はゆっくり落ちていく方向なのか 等)について、①疾患と入院中の状況、②本人・家族の受け止めや意向、③退院後に必要な事柄、④その他の観点から必要と思われる事項について記載する。				
在宅復帰のために整えなければならない要件					
回目	聞き取り日	情報提供を受けた職種(氏名)		会議出席	
1	年 月 日			無・有	
2	年 月 日			無・有	
3	年 月 日			無・有	

※ 課題分析にあたっては、必要に応じて課題整理総括表の活用も考えられる。

病院ID. - -

記入日：令和 年 月 日

居宅介護支援事業者	事業所名				担当者名			
	所在地	〒				TEL・FAX	TEL	FAX
氏名	ふりがな			性別	生年月日			
住所				電話			年齢	歳
緊急連絡先	氏名	続柄	電話番号	勤務先	電話番号			
介護・障害の状況	要介護度			障害者手帳の有無	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無			
経済状況	年金	<input type="checkbox"/> 有 () ・ <input type="checkbox"/> 無		生保 (担当CW)	()			
既往歴と現病歴								
感染性疾患	<input type="checkbox"/> 有 () ・ <input type="checkbox"/> 無							
主治医	病院(医院)		科	先生 (<input type="checkbox"/> 訪問診療 <input type="checkbox"/> 通院)				
	病院(医院)		科	先生 (<input type="checkbox"/> 訪問診療 <input type="checkbox"/> 通院)				
かかりつけ歯科医	病院(医院)		先生 (<input type="checkbox"/> 訪問診療 <input type="checkbox"/> 通院)					
かかりつけ薬局	薬局							
投薬	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無							
身体状況	起臥床	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	左 の 具 体 的 状 況		
	移乗	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助			
	歩行	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 不可			
	食事	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助			
	口腔ケア	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助			
	排泄	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助			
	入浴	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助			
	更衣	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助			
	洗面	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助			
	視力	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> やや不自由	<input type="checkbox"/> 不自由				
	聴力	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> やや難聴	<input type="checkbox"/> 難聴				
言語	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> やや不明瞭	<input type="checkbox"/> かなり不明瞭					
認知症状	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無							

日常の様子	(<input type="checkbox"/> 大半離床 <input type="checkbox"/> 寝たり起きたり <input type="checkbox"/> 常時臥床)			
	嚥下状態	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適	義歯の使用	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
食生活	食事内容	主食	<input type="checkbox"/> ご飯 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> ()分粥	
		副食	<input type="checkbox"/> 常菜 <input type="checkbox"/> 軟菜 <input type="checkbox"/> きざみ <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> ゼリー <input type="checkbox"/> その他()	
		水分摂取(とろみ)	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要	
		嫌いな物		禁忌食品
	タバコ	<input type="checkbox"/> 吸う (1日 本) <input type="checkbox"/> 吸わない	飲酒	<input type="checkbox"/> 飲む <input type="checkbox"/> 飲まない
特記事項 (経管栄養・特食等)				
家族構成	男性 <input type="checkbox"/> 女性 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (同居は囲む) キーパーソン ★		介 護 状 況	※独居等の状況・主な介護者(近隣者含む) ・介護者の身体状況・職業の有無等
家庭状況	住居	<input type="checkbox"/> 自家 <input type="checkbox"/> 借家 <input type="checkbox"/> アパート	トイレ	<input type="checkbox"/> 和式 <input type="checkbox"/> 洋式
	ベット	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	住宅改修	<input type="checkbox"/> 改修中 <input type="checkbox"/> 改修済 <input type="checkbox"/> 今後計画 <input type="checkbox"/> 必要なし
	専用居室	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
サービス利用状況	<input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 通所リハビリ <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ <input type="checkbox"/> 短期入所 <input type="checkbox"/> 総合事業 <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与 (内容) <input type="checkbox"/> その他 ()		(事業所名・利用状況等)	
特記事項				

病院名（ ）所在地（〒 ） TEL・FAX（ ）

フリガナ 患者	生年月日 年齢・性別	年 月 日 歳・ 性	主治医 ()	
病名	入院期間	～		
	介護保険	申請（有・無）	介護度（ ）	
既往歴 (手術歴含 む)	ケアマネ	事業所		
		担当者名		
	キーパーソン	氏名（ ）	連絡先（ ）	
(下記資料の添付により記載事項の省略可)		血液型 (Rh)		
<input type="checkbox"/> 診療情報提供書 <input type="checkbox"/> 食事・栄養サマリー <input type="checkbox"/> 入院診療要約 <input type="checkbox"/> 看護サマリー継続紙	感染症	HBs 梅毒 RPR MRSA HCV 梅毒 TP その他		
	アレルギー	無・有（ ）		
病状説明と理解、意向		退院後の 方向性	自宅 施設 未定	
ご本人	麻 痺	有 (右半身 左半身 上肢 下肢 その他)		
ご家族		無		
入院中(又は在宅看護中)の経過要約		移 動	自立 見守り 一部介助 全介助 独歩 杖歩行 歩行器 車椅子 ベッド上	
		意思疎通	可 不可 (言語障害 有 無)	
			認知症	有 無 高次脳機能障害 有 無
			視力障害	有 無 眼鏡使用 有 無
			聴力障害	有 無 補聴器使用 有 無
		身長 :	cm 体重 : kg	
継続される看護問題 (問題・目標・看護実践内容・アセスメント)		食 事	自立 セティングで自立 一部介助 全介助	
			摂取方法	経口 経鼻 胃ろう 腸ろう
			体 位	ベッド上 リクライニング車椅子 車椅子 机
			形 態	主食 ご飯 () 全粥 その他 ()
				副食 常菜・軟菜・きざみ・ミキサー・その他()
			とろみ	不要 必要
			食 種	普通 その他 (食)
		補助食品		
薬剤情報 (別紙でも可)		口腔ケア	自立 見守り 一部介助 全介助	
		食事に伴 う症状	嚥下障害	無 有 (むせ・飲み込みにくさ)
			下痢	有 時々 無
			嘔吐	有 時々 無
継続される医学的管理・処置 (処置名・方法・材料名) 酸素・吸引・インスリン・呼吸器・点滴・胃ろう・尿道カテ等		褥 瘡	無 有 (部位 :) 処置 :	
※退院後の受診日 (把握している場合)		排 泄	自立 Pトイレ おむつ 紙パンツ 尿器 尿道カテ	
			尿道カテ	Fr : 最終交換日
		最終排便	便秘対策	
		清 潔	清拭 機械浴 介助浴 一般浴	
			最終入浴日	
備 考				

記載日： 年 月 日 記載者/病棟名：

看護師：

責任者：

(2) 入退院支援関係機関連絡先様式

- 市町村、保健所
- 医療機関
- 居宅介護支援事業所
- 地域包括支援センター
- 訪問看護ステーション
- 薬局
- 在宅医療連携拠点
- 在宅歯科医療推進窓口地域拠点・支援窓口

市町村介護保険担当課連絡先

市町村名	担当課	郵便番号	住所	電 話 F A X

県保健所・政令市・中核市保健所 連絡先

保健所名	郵便番号	住所	電 話 F A X

●●地域・医療機関連絡先

ある圏域では、以下の項目に加え、訪問看護指示書及び主治医意見書に関する連絡窓口を記載している地域もあります。地域の実情に応じて適宜アレンジしてください。

年 月 日現在

医療法人名 医療機関名	入退院時 担当窓口 (記載例)	郵便番号	住所	電 話 F A X	電話連絡 可能な時間 (記載例)	Eメール (必要に応じて記載)
	地域医療連携室	-		-- --	8:30~17:00	
	地域連携相談室	-		-- --	(月~土) 8:30~17:30	
	医療相談室	-		-- --	(月・火・木・金) 9:00~17:00 (水・土) 9:00~12:00	
	看護師長	-		-- --	8:30~17:30	
	医療ソーシャル ワーカー	-		-- --	(月~金) 9:00~17:30 (土) 9:00~12:30	
	医療福祉相談室	-		-- --	(月~土) 8:30~17:00	
	病棟主任	-		-- --	8:30~17:00	
	地域医療連携室	-		-- --	(月~金) 9:00~17:00	
	<入院時> 地域医療連携室	-		-- --	8:30~17:00	
	<退院時> 医療相談室	-		-- --		
	リハビリテー ション部	-		-- --	8:30~17:30 (水・土) 8:30~12:30	
	地域・グループ 連携室	-		-- --	(月~金) 9:00~17:00 (土) 9:00~12:00 * 祝日を除く	
	病棟ナースセンター	-		-- --	水土は午後休診 それ以外の曜日は 診察時間内なら 電話連絡可	

●●地域・地域包括支援センター連絡先一覧

年 月 日現在

事業所名	担当地区	郵便番号	住所	電 話 F A X	Eメール
		-		- - - -	
		-		- - - -	
		-		- - - -	
		-		- - - -	
		-		- - - -	
		-		- - - -	
		-		- - - -	
		-		- - - -	
		-		- - - -	
		-		- - - -	
		-		- - - -	
		-		- - - -	
		-		- - - -	
		-		- - - -	

在宅医療連携拠点連絡先

令和2年4月1日現在

No.	医師会	管轄市町村	名称	郵便番号	住所
1	浦和医師会	さいたま市浦和区、南区、桜区、緑区	浦和在宅医療支援相談センター 指定居宅介護支援センター浦和医師会館 4階	330-0061	さいたま市浦和区常盤6-4-18
				電話番号	048-826-5121
2	川口市医師会	川口市	川口市在宅医療サポートセンター 川口センタービル4階 川口市医師会内	332-0012	川口市本町4-1-8
				電話番号	048-229-7670
3	大宮医師会	さいたま市大宮区、北区、見沼区、西区	大宮在宅医療支援センター 大宮医師会館 2階	331-8689	さいたま市北区東大成町2-107
				電話番号	048-778-7155
4	川越市医師会	川越市	川越市在宅医療拠点センター 川越市医師会館 4階	350-0036	川越市小仙波町2-53-1
				電話番号	049-225-7780
5	熊谷市医師会	熊谷市	熊谷在宅医療支援センター 埼玉慈恵病院内	360-0816	熊谷市石原3-208
				電話番号	048-521-0321
6	行田市医師会	行田市	行田市在宅医療支援センター 行田中央総合病院内	361-0021	行田市富士見町2-17-17
				電話番号	048-553-2003
7	所沢市医師会	所沢市	所沢市医療介護連携支援センター 所沢市保健センター 1階	359-0025	所沢市上安松1224-1
				電話番号	04-2902-6104
8	蕨戸田市医師会	蕨市、戸田市	蕨戸田市在宅医療支援センター わらびとだ訪問看護ステーション内	335-0004	蕨市中央4-9-22
				電話番号	048-434-5100
9	北足立郡市医師会	鴻巣市	鴻巣地区在宅医療連携センター 鴻巣訪問看護ステーション内	365-0036	鴻巣市天神5-11-11
				電話番号	048-594-6912
		桶川市、北本市、伊奈町	桶川北本伊奈地区在宅医療連携センター 桶川北本伊奈地区医師会訪問看護ステーション内	364-0014	北本市二ツ家3-183
				電話番号	048-501-2085
10	上尾市医師会	上尾市	在宅医療連携支援センター 上尾中央総合病院内	362-8588	上尾市柏座1-10-10
				電話番号	080-1334-1530
11	朝霞地区医師会	朝霞市、新座市、和光市、志木市	地域包括ケア支援室 和光市総合福祉会館 2階	351-0104	和光市南1-23-1
				電話番号	048-465-6575
12	草加八潮医師会	草加市、八潮市	在宅医療サポートセンター 草加市保健センター 1階	340-0016	草加市中央1-5-22
				電話番号	048-959-9972
13	さいたま市与野医師会	さいたま市中央区	与野在宅医療センター 中央区保健センター 3階	338-0003	さいたま市中央区本町東4-4-3
				電話番号	080-9980-2715
14	入間地区医師会	入間市	入間市在宅医療支援センター 入間市健康福祉センター 3階	358-0013	入間市上藤沢730-1
				電話番号	04-2966-3201
		毛呂山町、越生町	毛呂山越生在宅医療支援センター くらしワンストップMORO HAPPINESS 館 3階	350-0451	毛呂山町大字毛呂本郷1006
				電話番号	049-295-2320

No.	医師会	管轄市町村	名称	郵便番号	住所
15	飯能地区医師会	飯能市、日高市	在宅医療連携拠点 はんのう	357-0021	飯能市双柳371-13
			飯能市総合福祉センター 2階	電話番号	042-978-5791
16	東入間医師会	富士見市、ふじみ野市、三芳町	地域医療・介護相談室	356-0038	ふじみ野市駒林元町3-1-20
			東入間医師会訪問看護ステーション内	電話番号	049-293-6877
17	坂戸鶴ヶ島医師会	坂戸市、鶴ヶ島市	在宅医療相談室	350-0212	坂戸市石井2327-5
			坂戸鶴ヶ島医師会 地域医療センター 2階	電話番号	049-288-1288
18	狭山市医師会	狭山市	狭山市医師会立在宅医療支援センター	350-1304	狭山市狭山台3-24
				電話番号	04-2946-8425
19	比企医師会	東松山市、吉見町、川島町、滑川町、嵐山町、小川町、鳩山町、ときがわ町、東秩父村	比企医師会在宅医療連携拠点	355-0016	東松山市材木町2-36
			東松山市保健センター 2階	電話番号	0493-81-5563
20	秩父郡市医師会	秩父市、小鹿野町、横瀬町、皆野町、長瀬町	ちちぶ在宅医療・介護連携相談室	368-0025	秩父市桜木町8-9
			秩父市立病院地域医療連携室	電話番号	0494-25-5013
21	本庄市児玉郡医師会	本庄市、美里町、上里町、神川町	本庄市児玉郡医師会在宅医療連携拠点	367-0061	本庄市小島6-8-8
			本庄市児玉郡医師会立訪問看護ステーション内	電話番号	0495-24-0350
22	深谷寄居医師会	深谷市、寄居町	深谷寄居在宅医療連携室	366-0033	深谷市国済寺319-3
			深谷寄居医師会館 2階	電話番号	048-501-5951
23	北埼玉医師会	加須市、羽生市	北埼玉在宅医療連携室	347-0043	加須市馬内441
			北埼玉医師会メディカルセンター内	電話番号	0480-31-6199
24	南埼玉郡市医師会	久喜市	南埼玉郡市在宅医療サポートセンター(久喜)	346-0005	久喜市本町5-3-19
			南埼玉郡市医師会事務局内	電話番号	0480-23-8044
		蓮田市、白岡市、宮代町	南埼玉郡市在宅医療サポートセンター(蓮田、白岡、宮代)	349-0196	蓮田市黒浜4147
			独立行政法人国立病院機構東埼玉病院内	電話番号	048-768-6500
25	越谷市医師会	越谷市	越谷市医療と介護の連携窓口	343-0023	越谷市東越谷10-31
			越谷市保健センター 3階	電話番号	048-910-9140
26	春日部市医師会	春日部市	春日部市地域包括ケアシステム推進センター	344-0063	春日部市緑町6-11-41
			春日部厚生病院内	電話番号	048-745-8651
27	岩槻医師会	さいたま市岩槻区	岩槻区医療介護連携支援センター	339-0057	さいたま市岩槻区本町2-7-2
			訪問看護ステーションいわつき内	電話番号	048-792-0896
28	北葛北部医師会	幸手市、杉戸町	在宅医療連携拠点 菜のはな	340-0153	幸手市吉野517-5
			東埼玉総合病院内	電話番号	0480-40-1311
29	吉川松伏医師会	吉川市、松伏町	吉川松伏在宅医療サポートセンター	342-0055	吉川市平沼1235-1
			吉川松伏医師会内 1階	電話番号	048-940-8375
30	三郷市医師会	三郷市	三郷市在宅医療・介護連携サポートセンター	341-0042	三郷市谷口544
			三郷市保健センター分室	電話番号	048-949-6119

在宅歯科医療推進窓口地域拠点・支援窓口

月曜日～金曜日 10:00～15:00(祝日・年末年始除く)

令和2年4月1日現在

在宅歯科医療推進窓口地域拠点・支援窓口名	担当地区	電話
1 さいたま市浦和地区在宅 歯科医療推進窓口地域拠 点	さいたま市 浦和区、南区 緑区、桜区	090-1993-8020
2 岩槻地区在宅歯科医療支 援窓口	さいたま市 岩槻区	080-1026-8020
3 川口地区在宅歯科医療推 進窓口地域拠点	川口市	090-4067-8020
4 さいたま市大宮地区在宅 歯科医療推進窓口地域拠 点	さいたま市 西区、北区 大宮区、見沼区	080-2273-8020
5 川越市地区在宅歯科医療 推進窓口地域拠点	川越市	080-2233-8020
6 熊谷市地区在宅歯科医療 推進窓口地域拠点	熊谷市	080-2184-8020
7 北足立地区在宅歯科医療 推進窓口地域拠点	鴻巣市 北本市 桶川市 伊奈町	080-8434-8020
8 上尾地区在宅歯科医療支 援窓口	上尾市	090-4072-8020
9 さいたま市与野地区在宅 歯科医療推進窓口地域拠 点	さいたま市 中央区	080-8050-8020
10 朝霞地区在宅歯科医療推 進窓口地域拠点	朝霞市 志木市 和光市	080-2334-8020
11 新座地区在宅歯科医療支 援窓口	新座市	080-2252-8020
12 蕨戸田地区在宅歯科医療 推進窓口地域拠点	蕨市 戸田市	090-4813-8020
13 入間郡市地区在宅歯科医 療推進窓口地域拠点	狭山市 入間市 越生町 毛呂山町	080-8857-8020
14 飯能・日高地区在宅歯科 医療支援窓口	飯能市 日高市	090-4396-8020
15 坂戸・鶴ヶ島地区在宅歯 科医療支援窓口	坂戸市 鶴ヶ島市	090-3096-8020

在宅歯科医療推進窓口地域拠点・支援窓口名	担当地区	電話
16 東入間地区在宅歯科医 療支援窓口	富士見市 ふじみ野市 三芳町	090-4752-8020
17 所沢市地区在宅歯科医 療推進窓口地域拠点	所沢市	080-7759-8020
18 比企郡市地区在宅歯科 医療推進窓口地域拠点	東松山市、小川町 嵐山町、滑川町 ときがわ町、鳩山町 吉見町、川島町 東秩父村	080-8443-8020
19 秩父郡市地区在宅歯科 医療推進窓口地域拠点	秩父市、小鹿野町 長瀨町、皆野町 横瀬町	080-8729-8020
20 本庄市児玉郡地区在宅 歯科医療推進窓口地域 拠点	本庄市 上里町 神川町 美里町	080-2164-8020
21 大里郡市地区在宅歯科 医療推進窓口地域拠点	深谷市 寄居町	080-2085-8020
22 北埼玉地区在宅歯科医 療推進窓口地域拠点	行田市	080-1391-8020
23 加須・羽生地区在宅歯 科医療支援窓口	加須市 羽生市	090-7418-8020
24 埼玉地区在宅歯科医療 推進窓口地域拠点	白岡市、幸手市 久喜市、蓮田市 杉戸町、宮代町	080-1225-8020
25 春日部地区在宅歯科医 療支援窓口	春日部市	090-2253-8020
26 草加地区在宅歯科医療 支援窓口	草加市	090-2664-8020
27 越谷市地区在宅歯科医 療推進窓口地域拠点	越谷市	090-5764-8020
28 東埼玉地区在宅歯科医 療推進窓口地域拠点	八潮市	090-5526-8020
29 三郷地区在宅歯科医療 支援窓口	三郷市	090-3097-8020
30 吉川地区在宅歯科医療 支援窓口	吉川市 松伏町	090-2308-8020
31 埼玉県在宅歯科医療推 進窓口	全域 ※地区の電話がつか ない場合	048-822-6464