

退院時申し送りシート

様式3

患儿の名前 ふりがな			生年月日： 年 月 日 年齢： 歳 か月
			性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 第 子 多胎の場合（ 子中 子）
住所	〒 一 市		
緊急連絡先	① 連絡先： 名前： 続柄： (□ 同居・ □ 別居)	② 連絡先： 名前： 続柄： (□ 同居・ □ 別居)	
入院日	年 月 日	保険種別	□ 健保 (□ 政府 □ 組合 □ 日雇) □ 共済 □ 生保 □ 労災
退院予定日	年 月 日		
主治医	担当看護師		
担当MSW	その他担当者		
小児慢性特定疾病	□ 有 □ 無 □ 申請中 (申請日： 年 月 日)	障がい手帳	□ 有 (障がい種類： □ 身体 □ 精神 □ 療育 (級)) □ 無 □ 申請中 (申請日： 年 月 日)
指定難病	□ 有 □ 無 □ 申請中 (申請日： 年 月 日)		重度医療
訪問診療・在宅かかりつけ医	医療機関名： 医師名前：	□ 訪問 □ 外来	自立支援医療 (育成医療)
かかりつけ薬剤師	薬局名： 担当者名：	□ 訪問 □ 薬局	□ 有 □ 無 □ 申請中 (申請日： 年 月 日)
医療的ケア児コーディネーター (相談支援専門員)	所属： 担当者名：		訪問看護①
保健師	所属： 担当者名：		事業所名： 担当者名：
福祉サービス等資源活用予定	福祉サービス利用 □ 居宅介護 (ホームヘルプ) □ 短期入所 (ショートステイ) □ 日中一時支援 □ レスパイト □ 児童発達支援センター		□ 無 ・ □ 有 □ ファミリーサポート □ きょうだいの保育園等利用 □ その他 ()
経済的問題	□ 無 ・ □ 有 (詳細 :)		

主な病名		合併症等	
今回入院の経過			
退院に際して支援が必要な理由	<input type="checkbox"/> 入退院を繰り返している (食物負荷試験・短期入院の検査入院を除く) <input type="checkbox"/> 何らかの医療的ケアが必要 <input type="checkbox"/> 長期的な低栄養状態になる見込みがある <input type="checkbox"/> 今後も観察を要す状況がある (具体的な内容 :) <input type="checkbox"/> その他 ()		
現在問題となっている症状	<input type="checkbox"/> 呼吸器症状 () <input type="checkbox"/> 循環器症状 () <input type="checkbox"/> 麻痺 □ 拘縮 □ 筋緊張亢進/低下 □ 哺乳や摂食の問題 □ 低栄養 □ 脱水に陥りやすい □ けいれん <input type="checkbox"/> 痛痙またはその他の苦痛症状 □ 強い便秘 □ 重度の下痢 □ 感染症の反復 □ 低体温 □ 哭泣が激しい <input type="checkbox"/> 将來的な発達遅滞が予測される □ 処置時にバイタルが悪化する □ 悪性新生物による諸症状 <input type="checkbox"/> その他 ()		
退院時予測される医療的処置	<input type="checkbox"/> 気管カニューレ □ 人工呼吸器 (□ 気管切開下 / □ NPPV) □ 吸引 □ 在宅酸素療法 (HOT) <input type="checkbox"/> 経管栄養 (□ 胃管 (経鼻・経口) □ 胃瘻 □ 腸瘻) □ 中心静脈栄養 (CVポート・CVカテーテル) □点滴・注射 □ 自己注射 <input type="checkbox"/> 創傷処置 □ 褥瘻処置 □ 特殊な皮膚ケア (内容 :) <input type="checkbox"/> ストーマ □ 排尿ケア (□ 導尿 / □ バルンカテーテル / □ 腎瘻) □ 疼痛等の症状管理 (内容 :) <input type="checkbox"/> ドレーン □ その他 ()		
ケアの状況	手技習熟度 ・ 父 : ・ 母 : ・ その他 (続柄 :) :	人手が2人以上必要なケア内容 : ※1人で見をみる可能性がある者	
薬剤について	<input type="checkbox"/> 無 □ 内服 □ 坐薬 □ 持続注射 (静脈・皮下) □ 貼付剤 □ その他 () 使用薬 <input type="checkbox"/> 診療情報提供書参照 □ 他院からの併用薬あり ※全て記載		
	頓服薬を使っている場合 □ 診療情報提供書参照 ・ 目的とする症状 () ・ 使用薬剤と量 ()		
	内服薬変更可否 □ 可 □ 不可 □ 以下の範囲なら可		

口腔内・嚥下問題	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	予防接種 シナジス	<input type="checkbox"/> 通常どおりで可 <input type="checkbox"/> 要配慮 ()
哺乳、摂食状況			<input type="checkbox"/> 適応なし <input type="checkbox"/> 病院で実施 <input type="checkbox"/> 在宅で実施希望 (最終投与日 : 年 月 日)
哺乳、経管栄養	変更可否 : <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 以下の範囲なら可 []		
リハビリ	入院中の実施 : <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 退院後の要否 : <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 要 → (推奨する頻度 :)		
退院調整チームが共有する目標			
病院主治医への連絡先	医療機関名 :	担当部署 :	電話番号 :
退院後の救急診療受入れ先	<input type="checkbox"/> 上記と同じ (異なる場合は記載) 医療機関名 : 診療科 : 電話番号 : 担当医師名 :		
入院を検討する状態変化の目安			
調整会議での確認事項			

◆ 自宅で起こりうると予測されること、それに対する在宅での対策について

自宅で起こりうると説明された内容(予測されること)	対処方法

◆ 入院中に行われる病状説明の内容と受け止めについて

医療者からの病状説明内容	
	患者本人 <input type="checkbox"/> 理解困難
説明内容の理解と受け止め(病状・予後について)	家族

◆ 家族背景

家族の状況	家族構成	母の育児状況・就労状況
		父の育児状況・就労状況
	主な養育者 <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> その他 ()	育児サポート
	同居家族の健康状況 <input type="checkbox"/> 身体障がい (<input type="checkbox"/> 児 <input type="checkbox"/> 者) <input type="checkbox"/> 知的障がい (<input type="checkbox"/> 児 <input type="checkbox"/> 者) <input type="checkbox"/> 発達障がい (<input type="checkbox"/> 児 <input type="checkbox"/> 者) <input type="checkbox"/> 要介護者	D Vの疑い
主な養育者の既往歴等		

◆ 入院機関・在宅医療機関で共有すべき在宅移行期における看護上の問題等

在宅移行期における看護上の問題点と解決策	問題点	解決策

自由記載欄