

退院時申し送りシート

様式3

患児の名前 <small>ふりがな</small>			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	〒 ー 市		
緊急連絡先	① <small>ふりがな</small> 名前： 連絡先： 続柄： (<input type="checkbox"/> 同居・ <input type="checkbox"/> 別居)	② <small>ふりがな</small> 名前： 連絡先： 続柄： (<input type="checkbox"/> 同居・ <input type="checkbox"/> 別居)	
入院日	年 月 日	保険種別	<input type="checkbox"/> 健保 (<input type="checkbox"/> 政府 <input type="checkbox"/> 組合 <input type="checkbox"/> 日雇) <input type="checkbox"/> 共済 <input type="checkbox"/> 生保 <input type="checkbox"/> 労災
退院予定日	年 月 日	担当看護師	
主治医		その他担当者	
担当MSW		小児慢性特定疾病	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 申請中 (申請日： 年 月 日)
指定難病	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 申請中 (申請日： 年 月 日)	障がい手帳	<input type="checkbox"/> 有 (障がい種類： <input type="checkbox"/> 身体 <input type="checkbox"/> 精神 <input type="checkbox"/> 療育 (級) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 申請中 (申請日： 年 月 日)
訪問診療・在宅かかりつけ医	医療機関名： <input type="checkbox"/> 訪問 医師名前： <input type="checkbox"/> 外来	重度医療	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 申請中 (申請日： 年 月 日)
かかりつけ薬剤師	薬局名： <input type="checkbox"/> 訪問 担当者名： <input type="checkbox"/> 薬局	自立支援医療 (育成医療)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 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	事業所名： 担当者名：
かかりつけ歯科医	医療機関名： 歯科医師名前：	訪問看護②	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 <input type="checkbox"/> 居宅介護 (ホームヘルプ) <input type="checkbox"/> 短期入所 (ショートステイ) <input type="checkbox"/> 日中一時支援 <input type="checkbox"/> レスパイト <input type="checkbox"/> 児童発達支援センター <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> ファミリーサポート <input type="checkbox"/> きょうだいの保育園等利用 <input type="checkbox"/> その他 ()	保健師	所属： 担当者名：
経済的問題	<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 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"/> マルトリートメントの可能性ある <input type="checkbox"/> 何らかの医療的ケアが必要 <input type="checkbox"/> 現行制度では支援が不足 (訪問看護や福祉サービスの利用が必要と考えられる) <input type="checkbox"/> 長期的な低栄養状態になる見込みがある <input type="checkbox"/> 病状・医療処置等により、退院後の生活様式の再編成が必要と考えられる <input type="checkbox"/> 今後も観察を要す状況がある (具体的内容：) <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 <input type="checkbox"/> 拘縮 <input type="checkbox"/> 筋緊張亢進/低下 <input type="checkbox"/> 哺乳や摂食の問題 <input type="checkbox"/> 低栄養 <input type="checkbox"/> 脱水に陥りやすい <input type="checkbox"/> けいれん <input type="checkbox"/> 疼痛またはその他の苦痛症状 <input type="checkbox"/> 強い便秘 <input type="checkbox"/> 重度の下痢 <input type="checkbox"/> 感染症の反復 <input type="checkbox"/> 低体温 <input type="checkbox"/> 啼泣が激しい <input type="checkbox"/> 将来的な発達遅滞が予測される <input type="checkbox"/> 処置時にバイタルが悪化する <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 (<input type="checkbox"/> 気管切開下 / <input type="checkbox"/> NPPV) <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 在宅酸素療法 (HOT) <input type="checkbox"/> 経管栄養 (<input type="checkbox"/> 胃管 (経鼻・経口) <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 腸瘻) <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 (CVポート・CVカテーテル) <input type="checkbox"/> 点滴・注射 <input type="checkbox"/> 自己注射 <input type="checkbox"/> 創傷処置 <input type="checkbox"/> 褥瘡処置 <input type="checkbox"/> 特殊な皮膚ケア (内容：) <input type="checkbox"/> ストーマ <input type="checkbox"/> 排尿ケア (<input type="checkbox"/> 導尿 / <input type="checkbox"/> バルンカテ / <input type="checkbox"/> 腎瘻) <input type="checkbox"/> 疼痛等の症状管理 (内容：) <input type="checkbox"/> ドレーン <input type="checkbox"/> その他 ()		
ケアの状況	手技習熟度 ・ 父： ・ 母： ・ その他 (続柄：)： ※1人で児をみる可能性がある者	人手が2人以上必要なケア内容：	
薬剤について	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 内服 <input type="checkbox"/> 坐薬 <input type="checkbox"/> 持続注射 (静脈・皮下) <input type="checkbox"/> 貼付剤 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 診療情報提供書参照 <input type="checkbox"/> 他院からの併用薬あり ※アレルギー： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () <small>※全て記載</small>		
	頓服薬を使っている場合 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 通常どおりで可 <input type="checkbox"/> 要配慮 ()
哺乳、摂食状況		シナジス	<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	
説明内容の理解と受け止め (病状・予後について)	患者本人 <input type="checkbox"/> 理解困難
	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	DV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

	問題点	解決策
在宅移行期における看護上の問題点と解決策		

自由記載欄
