

【記入例：医療的ケアが必要な重度心身障害がある利用者・患者の例】

退院時情報提供書（入院医療機関→相談支援事業所）

記入日： 年 月 日 添付資料： あり なし

医療機関	〇〇医療センター	記入者	〇〇	連絡先	03-0000-0000
------	----------	-----	----	-----	--------------

以下の情報は本人及び家族の同意に基づいて提供しています。

1. 基本情報

氏名	山田 花子	住所	東京都〇〇区〇〇
生年月日	〇〇 年 〇 月 〇 日 (11 歳)		

2. 本人の思い、生活への希望

※その他資料（看護サマリー等）の添付がある場合は、重複する項目については省略可能です。

病気・障害・後遺症等に対する思い	<input type="checkbox"/> 添付資料を参照 気管切開について両親ともに「仕方ない」という思いがある。母親は気管切開部のケアについて理解し、ケアを習得できた。「不安なことは訪問看護師に聞くようにします」と前向きな思いもある。父親は、入浴や外出などこれまで通り生活習慣は変えずにいたいという思いがある。
退院後の生活に関する希望	<input type="checkbox"/> 添付資料を参照 デバイスが増えたことによる不安はあるため、在宅の主治医や保健師、訪問看護師にできるだけ来てもらいたい。

3. 入院による状態の変化、退院後の支援における留意点等

※その他資料（看護サマリー等）の添付がある場合は、重複する項目については省略可能です。

※入院で状態の変化が生じた場合、在宅側に入院中の様子を伝達したい場合、退院後の生活で留意点がある場合は記載ください。

入院による状態の変化、予後・予測、退院後の支援で留意してほしいこと	
※入院時と退院時における状態の変化、入院中の様子、今後の見通し、本人の活動の制約、追加で支援が必要なこと等	
<input checked="" type="checkbox"/> あり(以下に具体的な内容を記載) <input type="checkbox"/> あり(添付資料を参照) <input type="checkbox"/> なし・該当しない	
①特に、 身体状況 の変化や在宅での支援の留意点	
A	起居動作 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助 移乗 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助
D	歩行 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助 更衣・整容 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助
L	排泄 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助 ※排泄方法: <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input checked="" type="checkbox"/> オムツ・パット <input type="checkbox"/> その他
全介助で車いすで移動。入院中も昼食（胃ろうからの注入）時は必ず、乗車している。入浴（機械浴）は週1回、全身清拭は週2回。母は、退院後もできれば入浴を希望している。	
②特に、 コミュニケーション の変化や在宅での支援の留意点	
視力	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難あり <input checked="" type="checkbox"/> 困難
聴力	<input type="checkbox"/> 問題なし <input checked="" type="checkbox"/> やや難あり <input type="checkbox"/> 困難
言語	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難あり <input checked="" type="checkbox"/> 困難
意思伝達	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難あり <input checked="" type="checkbox"/> 困難
処置（採血や検査）の際は、心拍数が上昇する（モニター常時装着していた）。表情の変化は不明であるが、母親は「喜んでいる」「笑っている」と表情の変化を読み取っている。嫌なことだけでなく、時々頭を左右にふるしぐさあり。	
③特に、 行動特性等 や在宅での支援の留意点	
気管カニューレに手が届き、触ることがあるので、覚醒時には目を離さないような配慮が必要である。抑制はしていない。	
④その他(日常生活・療養で気を付けてほしいこと等)	
注入後は30分以上のギャッチアップまたは車いす乗車実施。	

【記入例：医療的ケアが必要な重度心身障害がある利用者・患者の例】

4. その他

※その他資料（看護サマリー等）の添付がある場合は、重複する項目については省略可能です。資料がない場合は、伝達が必要な項目について記載してください。

①入院概要 添付資料を参照

入院日	〇年〇月〇日	退院日	〇年〇月〇日	主治医名(診療科)	〇〇 (小児科)
入院原因疾患・入院目的	21トリソミー、心奇形合併 今回は尿管ステントの定期交換と気管切開のため入院となる。				
入院中の経過・治療内容	呼吸管理、全身状態管理のため、1泊ICUに入室するが経過問題なく、予定通り退室した。その後経過順調であり、予定入院日数を超過することなく退院となる。				

②退院後の医療、服薬、口腔・栄養等の支援について 添付資料を参照

今後の医学管理	医療機関	〇〇医療センター		受診方法	<input checked="" type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 訪問
	治療方針 ※本人の治療に対する意向を含めて記載	尿路感染で敗血症になり重症化したため、定期的なステント交換必要。			
退院後に必要な医療処置について	<input checked="" type="checkbox"/> 点滴の管理 <input checked="" type="checkbox"/> 経管栄養 → (<input type="checkbox"/> 経鼻 <input checked="" type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 腸ろう) <input checked="" type="checkbox"/> 膀胱留置カテーテル <input checked="" type="checkbox"/> 透析 <input checked="" type="checkbox"/> 呼吸管理 → (<input checked="" type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input checked="" type="checkbox"/> 気管切開 <input checked="" type="checkbox"/> 人工呼吸器) <input type="checkbox"/> 褥瘡の処置 <input type="checkbox"/> ストーマの処置 <input type="checkbox"/> その他()				
服薬について	内服薬	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり→(入院後の内服薬変更: <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり)			
	一包化の必要性	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり 服薬アレルギー <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり			
	服薬介助	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助(介助内容:) <input checked="" type="checkbox"/> 全介助			
	退院時処方	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(退院日を含め 日分)			
	留意点				
口腔・栄養について	摂食方法	<input type="checkbox"/> 経口 <input checked="" type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 静脈栄養		摂食嚥下機能障害	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
	水分とろみ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり→(<input type="checkbox"/> 薄い <input type="checkbox"/> 中間 <input type="checkbox"/> 濃い)			
	食形態	主食: <input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 軟飯 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> その他()			
		副食: <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 軟菜 <input type="checkbox"/> その他()			
	口腔清掃や歯科治療の必要性	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()			
	歯の汚れ	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		歯肉の腫れ、出血	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()
留意点	朝・夕に口腔ケア実施				
退院後に必要な医療系サービスと留意点	必要なサービス				
	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> 訪問診療 <input checked="" type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問歯科診療 <input type="checkbox"/> 訪問薬剤管理指導 <input checked="" type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション指導管理 <input type="checkbox"/> 訪問歯科衛生指導 <input type="checkbox"/> 訪問栄養食事指導 <input type="checkbox"/> その他の医療系サービス()				
	留意点 ※医療ケアにおける留意点、緊急時や症状を踏まえた連携や対応の必要性等を記載				
緊急時（気管カニューレの抜去、痰の詰まり等による呼吸状態の悪化、停電や呼吸器本体の故障・回路の破損等）は在宅の主治医へ連絡する。スペアの気管切開チューブは人工呼吸器近くに緊急時セットとして設置する。					

【記入例：難病で重度の身体障害がある利用者・患者の例】

退院時情報提供書（入院医療機関→相談支援事業所）

記入日： 年 月 日 添付資料： あり なし

医療機関	〇〇病院	記入者	〇〇	連絡先	03-0000-0000
------	------	-----	----	-----	--------------

以下の情報は本人及び家族の同意に基づいて提供しています。

1. 基本情報

氏名	山田 花代	住所	東京都〇〇区〇〇
生年月日	〇〇 年 〇 月 〇 日 (62 歳)		

2. 本人の思い、生活への希望

※その他資料（看護サマリー等）の添付がある場合は、重複する項目については省略可能です。

病気・障害・後遺症等に対する思い	<input type="checkbox"/> 添付資料を参照 呼吸筋低下がみられ、呼吸補助が必要な状態になってきたことに大きなショックを受けている。気管切開＋人工呼吸器管理についても説明され、その選択には悩まれているが、数か月後に生まれる孫に会うまでは生きていたいとの希望あり、現時点では鼻マスク式の人工呼吸器BIPAPで経過をみながら考えていきたいと話されている。
退院後の生活に関する希望	<input type="checkbox"/> 添付資料を参照 夫や長女にできるだけ負担がかからないように、活用可能な支援を得ながら過ごしていきたい。時々、外出などで気分転換したい。

3. 入院による状態の変化、退院後の支援における留意点等

※その他資料（看護サマリー等）の添付がある場合は、重複する項目については省略可能です。

※入院で状態の変化が生じた場合、在宅側に入院中の様子を伝達したい場合、退院後の生活で留意点がある場合は記載ください。

入院による状態の変化、予後・予測、退院後の支援で留意してほしいこと

※入院時と退院時における状態の変化、入院中の様子、今後の見通し、本人の活動の制約、追加で支援が必要なこと等

あり(以下に具体的な内容を記載) あり(添付資料を参照) なし・該当しない

病状が進行しており、自発呼吸では十分な換気ができなくなってきたため、鼻マスク式の人工呼吸器BIPAPを導入した。それに伴い、ベット上の生活となっている。今後病状の進行に応じて、気管切開＋人工呼吸器管理の検討が必要である。病状変化に早めに対応できるように当院とも連携を図っていただきながら、ACPを丁寧に実施していく必要がある。療養中のご本人の思いなど、適宜確認していただきたい。

①特に、身体状況の変化や在宅での支援の留意点

A D L	起居動作	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助	移乗	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 全介助	更衣・整容	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 全介助	※排泄方法： <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ホータブル <input checked="" type="checkbox"/> オムツ・パット <input type="checkbox"/> その他	

BIPAPのマスクフィッティングは、夫と長女に手技獲得してもらっている。装着部位の皮膚の観察と吸引も適宜行ってもらいたい。

②特に、コミュニケーションの変化や在宅での支援の留意点

視力	<input checked="" type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難あり <input type="checkbox"/> 困難	聴力	<input checked="" type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難あり <input type="checkbox"/> 困難
言語	<input type="checkbox"/> 問題なし <input checked="" type="checkbox"/> やや難あり <input type="checkbox"/> 困難	意思伝達	<input type="checkbox"/> 問題なし <input checked="" type="checkbox"/> やや難あり <input type="checkbox"/> 困難

特になし

③特に、行動特性等や在宅での支援の留意点

特になし

④その他(日常生活・療養で気を付けてほしいこと等)

呼吸筋が弱くなってきたことで不安を高めている上、BIPAP装着により口頭でのコミュニケーションがとりづらくなっているため、精神面のサポートもお願いしたい。

【記入例：難病で重度の身体障害がある利用者・患者の例】

4. その他

※その他資料（看護サマリー等）の添付がある場合は、重複する項目については省略可能です。資料がない場合は、伝達が必要な項目について記載してください。

①入院概要 添付資料を参照

入院日	〇年〇月〇日	退院日	〇年〇月〇日	主治医名(診療科)	〇〇 (神経内科)
入院原因疾患・入院目的	ALS 呼吸苦の増強による呼吸管理目的				
入院中の経過・治療内容	入院当初はネーザルハイフローによる呼吸管理で様子をみながら、呼吸管理の方法についてご本人、ご家族（夫・長女）と話し合い、鼻マスク式の人工呼吸器BIPAPを導入した。軽度の誤嚥性肺炎を併発したが、抗生剤投与と概ね2時間毎の吸引で軽快している。				

②退院後の医療、服薬、口腔・栄養等の支援について 添付資料を参照

今後の医学管理	医療機関	△△クリニック		受診方法	<input type="checkbox"/> 外来 <input checked="" type="checkbox"/> 訪問
	治療方針 ※本人の治療に対する意向を含めて記載	当面、BIPAP管理で経過をみていながら、病状進行時には気管切開+人工呼吸器管理も検討する。 停電や呼吸器本体の故障・回路の破損等、リーク(空気の漏れ)の増加や呼吸器の使用による皮膚トラブル(MDRPU)発生時などは、当院受診。			
退院後に必要な医療処置について	<input type="checkbox"/> 点滴の管理 <input checked="" type="checkbox"/> 経管栄養 →(<input type="checkbox"/> 経鼻 <input checked="" type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 腸ろう) <input type="checkbox"/> 膀胱留置カテーテル <input type="checkbox"/> 透析 <input checked="" type="checkbox"/> 呼吸管理 →(<input checked="" type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input checked="" type="checkbox"/> 人工呼吸器) <input type="checkbox"/> 褥瘡の処置 <input type="checkbox"/> ストーマの処置 <input type="checkbox"/> その他()				
服薬について	内服薬	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり→(入院後の内服薬変更: <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり)			
	一化の必要性	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	服薬アレルギー	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
	服薬介助	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助(介助内容:)	<input checked="" type="checkbox"/> 全介助		
	退院時処方	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり(退院日を含め 3 日分)			
	留意点	内服薬は粉碎せず簡易懸濁法で胃ろうから注入			
口腔・栄養について	摂食方法	<input type="checkbox"/> 経口 <input checked="" type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 静脈栄養	摂食嚥下機能障害	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	
	水分とろみ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり→(<input type="checkbox"/> 薄い <input type="checkbox"/> 中間 <input type="checkbox"/> 濃い)			
	食形態	主食: <input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 軟飯 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> その他() 副食: <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 軟菜 <input type="checkbox"/> その他()			
	口腔清掃や歯科治療の必要性	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり(毎日の口腔ケア)			
	歯の汚れ	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	歯肉の腫れ、出血	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	
	留意点				
退院後に必要な医療系サービスと留意点	必要なサービス				
	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> 訪問診療 <input checked="" type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問歯科診療 <input type="checkbox"/> 訪問薬剤管理指導 <input checked="" type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション指導管理 <input type="checkbox"/> 訪問歯科衛生指導 <input type="checkbox"/> 訪問栄養食事指導 <input type="checkbox"/> その他の医療系サービス()				
	留意点 ※医療ケアにおける留意点、緊急時や症状を踏まえた連携や対応の必要性等を記載				
<ul style="list-style-type: none"> ・呼吸状態に合わせて、適宜△△クリニックにBIPAPの設定を相談 ・症状進行時は、△△クリニックより当院地域医療連携室に連絡、相談 					

【記入例：脳性麻痺で重度の身体障害がある利用者・患者の例】

退院時情報提供書（入院医療機関→相談支援事業所）

記入日： 年 月 日 添付資料： あり なし

医療機関	〇〇病院	記入者	MSW〇〇、看護師〇〇	連絡先	03-0000-0000
------	------	-----	-------------	-----	--------------

以下の情報は本人及び家族の同意に基づいて提供しています。

1. 基本情報

氏名	山田 花美	住所	東京都〇〇区〇〇
生年月日	〇〇 年 〇 月 〇 日 (48 歳)		

2. 本人の思い、生活への希望

※その他資料（看護サマリー等）の添付がある場合は、重複する項目については省略可能です。

病気・障害・後遺症等に対する思い	<input type="checkbox"/> 添付資料を参照 以前のように口から食べられるようになりたい。
退院後の生活に関する希望	<input type="checkbox"/> 添付資料を参照 家に帰りたい、入院前に通っていた生活介護事業所にまた行きたい。

3. 入院による状態の変化、退院後の支援における留意点等

※その他資料（看護サマリー等）の添付がある場合は、重複する項目については省略可能です。

※入院で状態の変化が生じた場合、在宅側に入院中の様子を伝達したい場合、退院後の生活で留意点がある場合は記載ください。

入院による状態の変化、予後・予測、退院後の支援で留意してほしいこと ※入院時と退院時における状態の変化、入院中の様子、今後の見通し、本人の活動の制約、追加で支援が必要なこと等					
<input checked="" type="checkbox"/> あり(以下に具体的な内容を記載) <input type="checkbox"/> あり(添付資料を参照) <input type="checkbox"/> なし・該当しない					
誤嚥性肺炎治療後に言語聴覚士による摂食嚥下リハビリテーション等を実施したが、食事の経口摂取は困難であり、家族を交えて本人と話し合った結果を踏まえて、〇月〇日胃ろう造設を行った。栄養剤の注入方法は母親に指導を行った。本人は経口摂取への希望が強く、少量のゼリーを摂取しているが、摂取後には口腔内吸引を要する。母親への口腔ケアや吸引手技の指導を行うと共に、訪問看護や訪問リハビリテーションの利用による摂食機能訓練の継続が必要な状況である。 食べたい物を母親に訴えるなど、誤嚥リスクの認識は不十分と思われる。母親も本人の訴えが強い時には、「食べさせてはダメですか？」と看護師に尋ねてくるため、本人、家族へのその都度の説明が必要である。					
①特に、 身体状況 の変化や在宅での支援の留意点					
A D L	起居動作	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助	移乗	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 全介助	更衣・整容	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 全介助	※排泄方法： <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ホータブル <input checked="" type="checkbox"/> オムツ・パット <input type="checkbox"/> その他		
脳性麻痺によりもともと全介助状態であったため、ADLには大きな変化はないが、排便コントロールが必要となった。今後も緩下剤の調整を行う必要があり、浣腸処置も要する。 食後の口腔内吸引のため、吸引器の準備が必要である。母親は吸引手技を習得しており、吸引は問題なく行っている。					
②特に、 コミュニケーション の変化や在宅での支援の留意点					
視力	<input checked="" type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難あり <input type="checkbox"/> 困難	聴力	<input checked="" type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難あり <input type="checkbox"/> 困難		
言語	<input type="checkbox"/> 問題なし <input checked="" type="checkbox"/> やや難あり <input type="checkbox"/> 困難	意思伝達	<input checked="" type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難あり <input type="checkbox"/> 困難		
脳性麻痺により声が聞き取りにくい、コミュニケーションについては入院前後で変化はない。					
③特に、 行動特性等 や在宅での支援の留意点					
特になし					
④その他(日常生活・療養で気を付けてほしいこと等)					
今回の入院で医療的ケアが増えたため、在宅での継続的な医療サービス提供が必要。訪問診療を行うかかりつけ医と訪問看護師との連携による医療支援に加えて、母親の介護負担への配慮も要する。また、福祉用具による吸引器のレンタルまたは購入も必要である。今後、歯科衛生士や管理栄養士による訪問指導の導入も必要と思われる。本人は以前の生活介護事業所に通うことを楽しみにされており、事業所にて胃ろうによる栄養剤注入の対応可能かどうか確認も必要と思われる。					

【記入例：脳性麻痺で重度の身体障害がある利用者・患者の例】

4. その他

※その他資料（看護サマリー等）の添付がある場合は、重複する項目については省略可能です。資料がない場合は、伝達が必要な項目について記載してください。

①入院概要 添付資料を参照

入院日	〇年〇月〇日	退院日	〇年〇月〇日	主治医名(診療科)	〇〇 (内科)
入院原因疾患・入院目的	誤嚥性肺炎				
入院中の経過・治療内容	〇月〇日、かかりつけ医による往診で発熱や咳嗽、喀痰の呼吸器症状がみられ、当院へ紹介入院となる。入院後、誤嚥性肺炎の診断となり、抗生剤治療を実施し肺炎は改善したが、嚥下機能評価の検査では、誤嚥リスクが高く、言語聴覚士による摂食嚥下リハビリテーションを開始した。経口摂取での栄養管理は困難であり、本人の意思確認の後、胃ろう造設を行うと共に、摂食嚥下リハビリテーションを継続している。				

②退院後の医療、服薬、口腔・栄養等の支援について 添付資料を参照

今後の医学管理	医療機関	訪問診療〇〇クリニック		受診方法	<input type="checkbox"/> 外来 <input checked="" type="checkbox"/> 訪問
	治療方針 ※本人の治療に対する意向を含めて記載	摂食嚥下機能の回復は厳しく、胃ろうからの栄養剤注入が継続的に必要な状態である。本人は経口摂取を強く望まれていることから、摂食嚥下リハビリテーションの継続と共に全身管理も必要である。口腔ケア、口腔内吸引、排便コントロールも適宜要する。			
退院後に必要な医療処置について	<input type="checkbox"/> 点滴の管理 <input checked="" type="checkbox"/> 経管栄養 → (<input type="checkbox"/> 経鼻 <input checked="" type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 腸ろう) <input type="checkbox"/> 膀胱留置カテーテル <input type="checkbox"/> 透析 <input checked="" type="checkbox"/> 呼吸管理 → (<input checked="" type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器) <input type="checkbox"/> 褥瘡の処置 <input type="checkbox"/> ストマの処置 <input checked="" type="checkbox"/> その他 (排便コントロール：内服調整、浣腸処置が適宜必要)				
服薬について	内服薬	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり → (入院後の内服薬変更： <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり)			
	一包化の必要性	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり 服薬アレルギー <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり			
	服薬介助	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 (介助内容：) <input checked="" type="checkbox"/> 全介助			
	退院時処方	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり (退院日を含め 14 日分)			
	留意点	排便コントロールに対して、定期の緩下剤や屯用の処方あり。			
口腔・栄養について	摂食方法	<input type="checkbox"/> 経口 <input checked="" type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 静脈栄養		摂食嚥下機能障害	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり
	水分とろみ	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり → (<input type="checkbox"/> 薄い <input type="checkbox"/> 中間 <input checked="" type="checkbox"/> 濃い)			
	食形態	主食： <input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 軟飯 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> その他 ()			
		副食： <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 軟菜 <input type="checkbox"/> その他 ()			
	口腔清掃や歯科治療の必要性	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり (口腔ケアは特に必要)			
	歯の汚れ	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり 歯肉の腫れ、出血 <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()			
	留意点	母親へ口腔ケアの指導は行っているが、口腔内の評価や指導を継続する必要あり。			
退院後に必要な医療系サービスと留意点	必要なサービス				
	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> 訪問診療 <input checked="" type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問歯科診療 <input type="checkbox"/> 訪問薬剤管理指導 <input checked="" type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション指導管理 <input checked="" type="checkbox"/> 訪問歯科衛生指導 <input checked="" type="checkbox"/> 訪問栄養食事指導 <input type="checkbox"/> その他の医療系サービス ()				
	留意点 ※医療ケアにおける留意点、緊急時や症状を踏まえた連携や対応の必要性等を記載				
摂食嚥下機能の回復は現状では厳しく、どの程度まで経口摂取が可能かは今後のリハビリ経過を見ていく必要がある。母親は積極的な関わりを行っているものの、医療的ケア等は初めてのことが多く、医療専門職によるアドバイスやサポートは不可欠と思われる。今後も誤嚥性肺炎を再発する可能性があり、体調変化（発熱やSpO2低下等）時に訪問診療・往診にて対応が困難と判断されれば、当院へ連絡下さい。					