

入院日	平成 年 月 日			指導日	平成 年 月 日				
ID No.	主病名			診療課棟名	病室 号室				
患者氏名	家族氏名			予測される退院日	平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 決定 <input type="checkbox"/> 予定*				
担当者名				担当看護師名					
生年月日	M・T・S・H 年 月 日生 (歳)			退院時リハ指導担当者	PT	NSW	看護師		
寝たきり度	<input type="checkbox"/> 正常	<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
認知障害度	<input type="checkbox"/> 正常	<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	
入浴介助度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> その他()								
排泄介助度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助でトイレ使用 <input type="checkbox"/> 全介助でトイレ使用 <input type="checkbox"/> 夜間オムツ使用 <input type="checkbox"/> オムツ使用 <input type="checkbox"/> その他()								
移動介助度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 時間がかかっても1人で可 <input type="checkbox"/> 手を貸す等一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助								
着替介助度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> やや時間がかかっても1人で可 <input type="checkbox"/> そで通し等一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助								
整容介助度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> やや時間がかかっても1人で可 <input type="checkbox"/> タオルで顔拭き等一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助								
退院後の治療計画	①今後の治療計画	<input type="checkbox"/> 外来にて継続受診 <input type="checkbox"/> 治療終了(変化あれば必ず来院すること)							
	②次回外来診療	月 日 () 午前・午後・夜診 () 予約窓口へ							
	③外来受診料	科	科	科	科	科	科	科	科
	④投薬内容	<input type="checkbox"/> 退院時処方 日分 <input type="checkbox"/> 継続して投薬 <input type="checkbox"/> 終了 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> その他							
	⑤その他	<input type="checkbox"/> 介護保険申請 <input type="checkbox"/> 介護保険サービスの必要性 <input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業所名							
退院後の療養上の留意点	①安静度	②食事	<input type="checkbox"/> 常食	<input type="checkbox"/> その他	③入浴の可否	<input type="checkbox"/> ●●日後可			
	④就労の可否	<input type="checkbox"/> ●●●日後から可 <input type="checkbox"/> その他			⑤その他				
指導目的	<input type="checkbox"/> 運動機能維持・向上 <input type="checkbox"/> 日常生活動作能力の維持・向上 <input type="checkbox"/> 残在能力保持 <input type="checkbox"/> その他()								
退院リハビリテーション指導内容	①体位変換	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助							
	②起座又は離床訓練	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 椅子利用 (①背もたれなし ②背もたれ、あり ③背もたれ、肘受けあり)							
	③起立訓練	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助							
	④食事訓練	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 30分以上かける <input type="checkbox"/> 嚥下訓練 <input type="checkbox"/> 固形物留意 <input type="checkbox"/> 箸自立 <input type="checkbox"/> フォーク等自立 <input type="checkbox"/> その他							
	⑤排泄訓練	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 当座ポータブル <input type="checkbox"/> 夜間のみポータブル <input type="checkbox"/> 可能な限りトイレ移乗							
	⑥生活対応訓練	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> デイケア デイサービス <input type="checkbox"/> 家族友人との交流 <input type="checkbox"/> その他							
	⑦基本的対人関係訓練	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 家族以外との会話の機会拡大 <input type="checkbox"/> 外出機会拡大 <input type="checkbox"/> その他							
	⑧家屋の適切な改造	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> トイレ周り <input type="checkbox"/> 浴槽周り <input type="checkbox"/> 玄関 <input type="checkbox"/> その他							
	⑨患者の介助方法	<input type="checkbox"/> 入浴時 ア)清拭 イ)シャワー浴 ウ)介助浴 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助							
	⑩その他	<input type="checkbox"/> 家事 <input type="checkbox"/> 全部実施 <input type="checkbox"/> 非実施 <input type="checkbox"/> 一部実施							
⑪利用可能(退院後必要)な在宅(医療・福祉・保険)サービス	<input type="checkbox"/> 訪問看護	<input type="checkbox"/> 訪問入浴介護	<input type="checkbox"/> 通所リハビリ	<input type="checkbox"/> 短期入所	<input type="checkbox"/> 訪問介護	<input type="checkbox"/> 福祉用具貸与			
	<input type="checkbox"/> 通所介護	<input type="checkbox"/> 訪問栄養指導	<input type="checkbox"/> 訪問薬剤指導	<input type="checkbox"/> 訪問診療	<input type="checkbox"/> 不要	<input type="checkbox"/> その他			

※退院日は現時点で予測される月日です。

医療法人●●会▲▲病院	主治医署名欄
	記載・説明担当者署名欄

上記のとおり、退院時指導の説明を受けました。

患者名

※患者のサインは算定要件となっていないが、今後の動向を見据えても、納得のいく説明をして同意を得ているという観点からあえて記載項目と入れている。