

# レスパイト入院チェックリスト

(入院時情報共有シート)

記入日 令和 年 月 日

記入者名

入院前に患者さんの状態を情報共有（スクリーニングチェック）するためのリストです。

わかる範囲で担当ケアマネジャーにご記入いただき、FAXでご送信ください。

FAX：093-223-0301（地域医療連携室宛て）

患者ID(病院で記入します)	
患者氏名	氏名 _____ 年齢 _____ 歳 男 女 体重 _____ kg
病名	
かかりつけ医・居宅介護支援事業所	在宅医( _____ ) 居宅介護支援事業所( _____ )
キーパーソン	氏名 _____ 続柄( _____ )
利用している社会保障制度	<input type="checkbox"/> 介護保険 <input type="checkbox"/> 身体障がい <input type="checkbox"/> 指定難病 <input type="checkbox"/> その他( _____ )
利用している社会資源	<input type="checkbox"/> 訪問診療 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 短期入所
認知症	<input type="checkbox"/> あり(レベル I ・ II ・ III ・ IV ・ M ) <input type="checkbox"/> なし
精神状態	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 不安 <input type="checkbox"/> 不穏 <input type="checkbox"/> 幻覚 <input type="checkbox"/> 妄想
問題行動	<input type="checkbox"/> あり( _____ ) <input type="checkbox"/> なし
ナースコール	<input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 不可能
意思疎通	<input type="checkbox"/> 会話 <input type="checkbox"/> 筆談 <input type="checkbox"/> 文字盤 <input type="checkbox"/> パソコン <input type="checkbox"/> 不能
起き上がり	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
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
車いすへの移乗	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 不能
立位保持	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 不能
歩行	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 不能
洗面、歯磨き	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
着替え	<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
トイレ	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> 不能
夜間排尿回数	_____ 回
尿意	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
便意	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
失禁	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
オムツ	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
摂食	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
食事形態	<input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 軟飯 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> とろみ <input type="checkbox"/> アレルギー( _____ )
食事時間	_____ 分
嚥下障害	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
胃瘻	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
経鼻栄養	<input type="checkbox"/> あり(EDチューブ <input type="checkbox"/> NGチューブ) <input type="checkbox"/> なし
末梢輸液	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
中心静脈栄養	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
尿留置	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
気管切開	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
在宅酸素	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
人工呼吸器	<input type="checkbox"/> あり(種類: _____ 持参 可 ・ 不可 ) <input type="checkbox"/> なし
吸引	<input type="checkbox"/> あり(回数 _____ 回/24時間) <input type="checkbox"/> なし