

退院時申し送りシート

退院・在宅調整支援シート(子ども用)

様式4

患児氏名		生年月日： <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 年齢（ ）歳（ ）カ月 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 第（ ）子 多胎の場合（ 子中 子）	
入院日	令和 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"/> 自雇） <input type="checkbox"/> 国保
退院予定日	令和 年 月 日		<input type="checkbox"/> 共済 <input type="checkbox"/> 住保 <input type="checkbox"/> 労災
主治医		担当看護師	
担当MSW		その他担当者	
指定難病	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 申請中（申請月日：（ ））	身障手帳	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 申請中（申請月日：（ ）） （ 級 障害種類：（ ））
小児慢性疾患	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 申請中（申請月日：（ ））		
訪問診療： 在宅かかりつけ医	病院名： 医師氏名：	訪問看護	ステーション名：
相談支援専門員	事業所名： 担当：	保健センター	担当保健師：
福祉サービス 等資源活用予 定	福祉サービス利用 <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有 【 <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(レスパイト) <input type="checkbox"/> 児童発達支援センター <input type="checkbox"/> ファミリーサポート <input type="checkbox"/> 兄弟が保育園利用 <input type="checkbox"/> その他（ ）】		
主な病名		経済的問題	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 有の場合詳細（ ）
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 <input type="checkbox"/> 可らかの医療的ケアが必要 <input type="checkbox"/> 今後も観察を要す状況がある（具体的内容：（ ）） <input type="checkbox"/> マルチトリートメントの可能性ある <input type="checkbox"/> 現行制度では支援が不足 <input type="checkbox"/> 家族支援が特に必要 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
現在問題と なっている 症状	<input type="checkbox"/> 呼吸障害（ ） <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"/> かいらん <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想される <input type="checkbox"/> 処置時にバイタルが悪化する <input type="checkbox"/> その他（ ）		
退院後予測 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（ <input type="checkbox"/> 気管切開下 / <input type="checkbox"/> NPPV） <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> HOT <input type="checkbox"/> 経管栄養（ <input type="checkbox"/> 胃管 / <input type="checkbox"/> 鼻瘻 / <input type="checkbox"/> 腸瘻） <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"/> 注射・点滴 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <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1人で児をみる可能性ある者：（続柄（ ）） （手技習熟度：（ ））	人手が二人以上必要なケア内容：	
薬剤について	屯服薬を使っている場合 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（ ）	
哺乳状況		予防接種	<input type="checkbox"/> 通常通りで可 <input type="checkbox"/> 配慮要（ ）
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 （ ）	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：（ ）
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"/> 要 <input type="checkbox"/> 否	要の場合推奨する頻度（ ）
退院調整チ ームが共有する 目標			
ほっとライン （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 診療受け入れ 先	医療機関名：	診療科：	電話番号： 担当医師名：
退院後の状態 変化に伴う入 院検討時状態 の目安			
調整会議での 確認事項			

◆自宅できりうると予測されること、それに対する在宅での対応策について

自宅でき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

病状の理解 医療者からの説明内容	
説明内容と受け止め (病状・予後について)	患者本人
	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	育児サポート
	同居家族の健康状況 <input type="checkbox"/> 身体障害 <input type="checkbox"/> 児 <input type="checkbox"/> 者 <input type="checkbox"/> 知的障害 <input type="checkbox"/> 児 <input type="checkbox"/> 者 <input type="checkbox"/> 発達障害 <input type="checkbox"/> 児 <input type="checkbox"/> 者 <input type="checkbox"/> 要介護者 主な養育者の既往歴等	DVの疑い

▲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