

# 退院支援スクリーニング票

患者氏名：

ID：

**I 初期スクリーニング** (入院から7日以内、基礎疾患に該当する状態が発生した時に実施) 評価日

記載者

出生時の基礎疾患	<input type="checkbox"/> 先天奇形( <input type="checkbox"/> 疑い )【 <input type="checkbox"/> 出生体重1500g未満 <input type="checkbox"/> その他、生命にかかわる重篤な状態【	<input type="checkbox"/> 染色体異常( <input type="checkbox"/> 疑い )【 <input type="checkbox"/> 新生児仮死(Ⅱ度: Ap0~3)【 	】 】 】
家族構成	<input type="checkbox"/> 母親の年齢(      歳 ) <input type="checkbox"/> 両親どちらかが外国籍(      ) <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> ひとり親 <input type="checkbox"/> 核家族 <input type="checkbox"/> きょうだいがいる(      人、      各年齢:      )	<input type="checkbox"/> 父親の年齢(      歳 ) <input type="checkbox"/> 内縁	
母親の状況	<input type="checkbox"/> 妊娠中未受診・不定期受診 <input type="checkbox"/> 精神疾患または既往がある(      )	<input type="checkbox"/> 望まない妊娠 <input type="checkbox"/> 基礎疾患がある(      )	<input type="checkbox"/> 当院以外での出産
入院時IC(病状に応じ退院後の生活も含め話し合う)      実施日:      実施者サイン: 内容:			

**II.再スクリーニング** (新たな問題が発生・発覚時、コト移床やGCU移動時に実施) 評価日

記載者

子どもの状況	退院後の医療・看護介入	<input type="checkbox"/> 哺乳状況・体重増加に観察が必要 <input type="checkbox"/> 継続する障がいがある(      ) <input type="checkbox"/> 予測される医療処置(      )	
母親の育児状況	育児能力	<input type="checkbox"/> 手技習得が不完全 <input type="checkbox"/> 同じ質問を繰り返す <input type="checkbox"/> その他(      )	
	育児不安	<input type="checkbox"/> 言葉で不安表出 <input type="checkbox"/> 泣いている <input type="checkbox"/> 育てにくさの訴え	
	愛情表出	<input type="checkbox"/> 視線を合わさない <input type="checkbox"/> あやさない <input type="checkbox"/> 面会状況(      )	
	疾患の受容	<input type="checkbox"/> 否定的な発言がある <input type="checkbox"/> 治療の拒否	
父親の育児状況	育児能力	<input type="checkbox"/> 手技習得が不完全 <input type="checkbox"/> 同じ質問を繰り返す <input type="checkbox"/> その他(      )	
	育児不安	<input type="checkbox"/> 言葉で不安表出 <input type="checkbox"/> 泣いている <input type="checkbox"/> 育てにくさの訴え	
	愛情表出	<input type="checkbox"/> 視線を合わさない <input type="checkbox"/> あやさない <input type="checkbox"/> 面会状況(      )	
	疾患の受容	<input type="checkbox"/> 否定的な発言がある <input type="checkbox"/> 治療の拒否	
退院後の養育環境	主な養育者	<input type="checkbox"/> 両親以外(      )	
	同居家族の健康状態	<input type="checkbox"/> 身体・知的・精神障がい者・児、要介護者がいる(      ) <input type="checkbox"/> 主な養育者が健康不良(      )	
	育児協力	<input type="checkbox"/> 誰もいない <input type="checkbox"/> 近隣にいない <input type="checkbox"/> 協力者はいるが不足	
	経済状況	<input type="checkbox"/> 問題あり(      ) <input type="checkbox"/> 生活保護受給中	
	DV(疑い)	<input type="checkbox"/> 有(      )	
	養育場所	<input type="checkbox"/> 自宅外(      ) <input type="checkbox"/> 乳児院	
制度・サービス等の利用	<input type="checkbox"/> 申請中(      ) <input type="checkbox"/> 申請なし <input type="checkbox"/> 今後必要な状態		
家族の希望等			
カンファレンス(入院1か月以内に開始)      実施日: 参加者: 内容:			
退院調整	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要	MSW介入	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要