

様式3 退院時連携シート (退院時共同指導 ・ 介護支援連携指導 (回目) ・ 退院時情報)

		開催日時		令和〇年〇月〇日 (〇曜日)		
				14 時 分 ~ 15 時 分		
		開催場所				
氏名	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女			生年月日	<input type="checkbox"/> 明 <input checked="" type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 平 ● 年 ● 月 ● 日	
参加者	<input checked="" type="checkbox"/> 本人 <input checked="" type="checkbox"/> 家族(続柄) : 長男			<input type="checkbox"/> 参加者(関係) :		
医療機関側	医師	リハビリテーション科 S医師		在宅側 (職種・氏名・所属)	訪問診療医	
	病棟看護師	5階南病棟 A看護師			訪問看護師	B訪問看護ステーション OT M
	退院調整看護師				ケアマネジャー	O居宅支援事業所 Iケアマネジャー
	MSW	K			訪問薬剤師	
	作業療法士	T			福祉用具業者	F福祉用具 Y
病状の経過と継続事項	看護サマリーをご参照ください			事前意思表示書の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
本人・家族の意向	本人意向：退院後も継続してリハビリを継続したい。近くのスーパーまで歩いて買い物に行けるようになりたい。 家族意向：一人暮らしなので転倒などないように、安全に暮らしてもらいたい。					
療養生活課題	<input type="checkbox"/> 食事		<input type="checkbox"/> 睡眠			
	<input type="checkbox"/> 排泄		<input type="checkbox"/> 精神・行動障害			
	<input checked="" type="checkbox"/> 清潔 手すりがあれば自立で入浴できる		<input type="checkbox"/> 服薬管理			
	<input checked="" type="checkbox"/> 移動 1本杖、装具で自立		<input type="checkbox"/> IADL			
	<input checked="" type="checkbox"/> 特殊寝台の必要性 あり		<input type="checkbox"/> 床ずれ予防マットの必要性			
要介護度	<input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 区分変更中 (申請日: /) 要介護 <input type="checkbox"/> 1 <input checked="" type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 要支援 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2					
経済状況	傷病手当受給中					
診療・医療処置に係る課題	退院後の <input checked="" type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 訪問診療の日時 年 月 日 時 分					
	<input type="checkbox"/> ドレーン・カテーテル・点滴等					
	<input type="checkbox"/> 経管栄養					
	<input type="checkbox"/> 気管カニューレ・吸引・人工呼吸器等					
	<input type="checkbox"/> 人工肛門・人工膀胱等					
	<input type="checkbox"/> 褥瘡・創処置等					
	<input type="checkbox"/> 排便状況と処置					
	<input type="checkbox"/> 予想される症状と対処法					
医療的必要性と理由	<input checked="" type="checkbox"/> 訪問看護 (看護師・PT・OT・ST) PT (室内での生活の評価、屋外歩行)					
	<input type="checkbox"/> 訪問リハビリ (PT・OT・ST)					
	<input type="checkbox"/> 通所リハビリ					
	<input type="checkbox"/> 訪問歯科					
	<input type="checkbox"/> 訪問薬剤管理指導					
	<input type="checkbox"/> 医療型ショートステイ					
	<input type="checkbox"/> その他					
退院予定日	令和3年 7月 24日 (土)		送迎手配	<input checked="" type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 介護タクシー <input type="checkbox"/> その他		
その他・退院までの確認事項	7月17日 自宅へ介護用ベット、浴室バスグリップ、玄関の手すりを搬入予定					

以上の内容で入院中の医療従事者、ご自宅で関わる看護師、介護事業所と共同で退院支援を行いました。

医療機関名： △△医療センター

記録者： MSW K

私は、上記内容の退院指導を受けました

ご利用者様・ご家族様・代理人サイン

(続柄)