

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 (2回目) ・ 退院時情報)

開催日時	令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日
	○ 時 ○ 分 ~ ○ 時 ○ 分
開催場所	

氏名	○○ ○	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input 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	年齢	75歳
参加者	<input checked="" type="checkbox"/> 本人 <input checked="" type="checkbox"/> 家族(続柄)： 長女 <input type="checkbox"/> 参加者(関係)：					
医療機関側	医師		在宅側 (職種・氏名・所属)	訪問診療医		
	病棟看護師	5階病棟 A看護師		訪問看護師		
	退院調整看護師	地域医療連携室 B看護師		ケアマネジャー	居宅介護支援事業所D Fケアマネジャー	
	MSW	地域医療連携室 C		訪問薬剤師	調剤薬局G H薬剤師	
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 checked="" type="checkbox"/> 無		
本人・家族の意向	本人意向：出来るだけ自宅で生活を続けたい。 家族意向：物忘れがあり心配はありますが、なるべく本人の意向に沿っていきたいです。					
療養生活と課題に係る	<input checked="" type="checkbox"/> 食事	水分摂取量を確保し、脱水症状を防ぐ		<input type="checkbox"/> 睡眠		
	<input type="checkbox"/> 排泄			<input checked="" type="checkbox"/> 精神・行動障害	昼夜逆転しないよう日中活動に参加する	
	<input checked="" type="checkbox"/> 清潔	自宅では入浴しないため通所先で入浴する。		<input checked="" type="checkbox"/> 服薬管理	自己管理が難しく訪問薬剤師とヘルパーにて管理	
	<input checked="" type="checkbox"/> 移動	転倒に気を付ける。		<input checked="" type="checkbox"/> IADL	可能なことは近隣に住む娘さんが手伝う	
	<input type="checkbox"/> 特殊寝台の必要性			<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	国民年金受給中 貯蓄あり					
診療・医療処置に係る説明と課題	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 type="checkbox"/> 訪問看護(看護師・PT・OT・ST)					
	<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 checked="" type="checkbox"/> 訪問薬剤管理指導 認知症により薬の飲み忘れをしたり、多く飲んでしまったりするため、訪問薬剤師が管理する。					
	<input type="checkbox"/> 医療型ショートステイ					
<input type="checkbox"/> その他						
退院予定日	年 月 日 ()		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	デイサービスの選定を行う。					

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

医療機関名： ○○病院

記録者： ソーシャルワーカー ○○

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)