

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 年 月 日
	時 分 ~ 時 分
開催場所	

氏名	<input type="checkbox"/> 男	生年月日	<input type="checkbox"/> 明 <input type="checkbox"/> 昭	年齢	歳
	<input type="checkbox"/> 女		<input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 平		

参加者  本人  家族(続柄) :  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		訪問看護師
	退院調整看護師		ケアマネジャー
	MSW		訪問薬剤師

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  有  無

本人・家族の意向  
 本人意向：  
 家族意向：

療養生活と課題	<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 type="checkbox"/> 清潔	<input type="checkbox"/> 服薬管理
	<input type="checkbox"/> 移動	<input type="checkbox"/> IADL
	<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  未申請  申請中  区分変更中(申請日: / ) 要介護  1  2  3  4  5 要支援  1  2

経済状況

退院後の  通院  訪問診療の日時 年 月 日 時 分

診療・医療処置に係る

- ドレーン・カテーテル・点滴等
- 経管栄養
- 気管カニューレ・吸引・人工呼吸器等
- 人工肛門・人工膀胱等
- 褥瘡・創処置等
- 排便状況と処置
- 予想される症状と対処法

医療的必要性と理由

- 訪問看護(看護師・PT・OT・ST)
- 訪問リハビリ(PT・OT・ST)
- 通所リハビリ
- 訪問歯科
- 訪問薬剤管理指導
- 医療型ショートステイ
- その他

退院予定日 年 月 日 ( ) 送迎手配  家族  介護タクシー  その他

その他・退院までの確認事項

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： \_\_\_\_\_

記録者： \_\_\_\_\_

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) \_\_\_\_\_

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 年 月 日 時 分 ~ 時 分
開催場所	

氏名	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日	<input type="checkbox"/> 明 <input type="checkbox"/> 昭	年齢	歳
<p><b>【補足説明】</b></p> <p>参加 ○退院前の連絡やカンファレンスの実施、様式2によらず病院関係者、ケアマネ等も含めた関係者が情報共有等に幅広く使用することを想定して作成したものです。</p> <p>医療機関側 ○医療機関で独自に退院時共同指導に係る様式を使用している場合など、当該様式の使用を妨げるものではありません（指定する様式がない場合等に当該様式の使用を推奨するものです）。</p> <p>病状 ○様式の写しを関係者間で共有する場合には、患者または家族、作成者の了承を得た上で、共有してください。</p>					
本人・家族の意向	本人意向：	家族意向：			

療養生活と課題に係る	<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 type="checkbox"/> 清潔	<input type="checkbox"/> 服薬管理
	<input type="checkbox"/> 移動	<input type="checkbox"/> IADL
	<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  未申請  申請中  区分変更中 (申請日: / ) 要介護  1  2  3  4  5 要支援  1  2

経済状況

診療・医療処置に係る	退院後の <input 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 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 年 月 日 ( ) 送迎手配  家族  介護タクシー  その他

その他・退院までの確認事項

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： \_\_\_\_\_

記録者： \_\_\_\_\_

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) \_\_\_\_\_