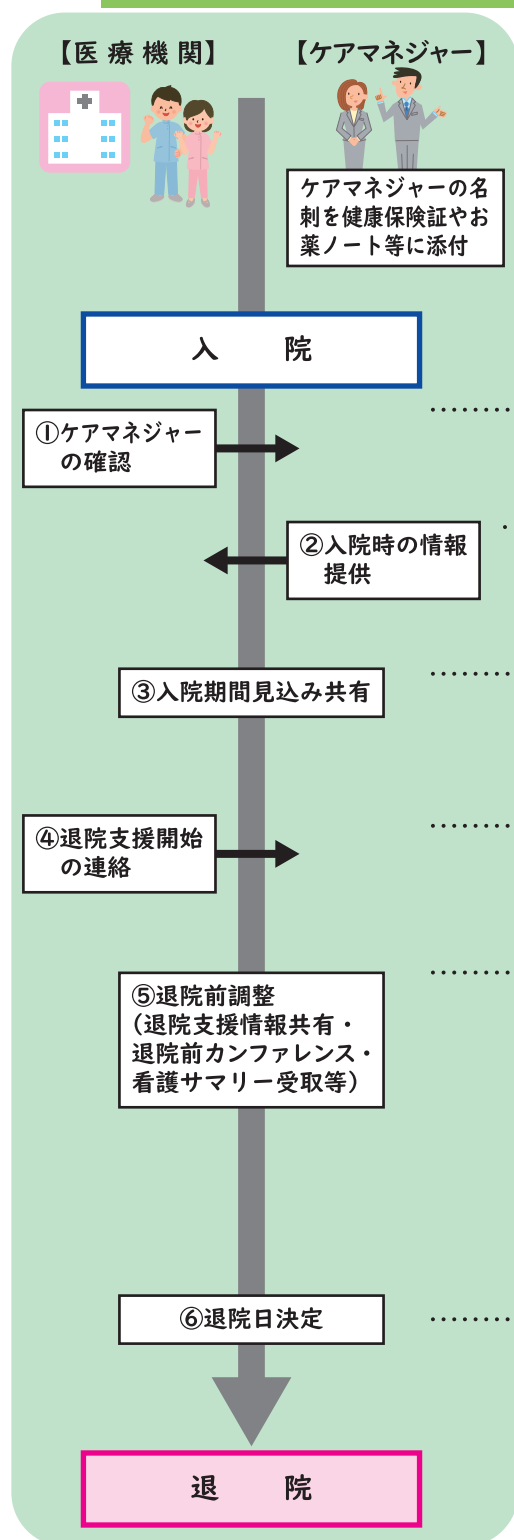


# 退院支援チェックリスト《入院前にケアマネジャーがいる場合：医療機関用》

様式3



| 入院患者情報  |   |
|---------|---|
| 氏 名     |   |
| 要 介 護 度 |   |
| 認定有効期間  | ～ |

| 医療機関情報    |       |
|-----------|-------|
| 入 院 年 月 日 | 年 月 日 |
| 担 当 看 護 師 |       |
| 退 院 調 整 者 |       |

| ケアマネジャー情報 |  |
|-----------|--|
| 事 業 所     |  |
| 担 当 者     |  |
| 電 話 番 号   |  |

| ケアマネジャーからの情報提供              |                        |
|-----------------------------|------------------------|
| <input type="checkbox"/> あり | 年 月 日<br>ケアマネ来院： 年 月 日 |
| <input type="checkbox"/> なし |                        |

| ケアマネジャーへの連絡                    |       |
|--------------------------------|-------|
| <input type="checkbox"/> 済み    | 年 月 日 |
| <input type="checkbox"/> 未（理由： | ）     |

※病状が安定した又は在宅での介護が可能な状態と判断した場合

| ケアマネジャーへの連絡                 |                         |
|-----------------------------|-------------------------|
| <input type="checkbox"/> 済み | 年 月 日<br>電話・ケアマネ来院（ / ） |

「退院見込み日： 年 月 日」

| 退院前カンファレンスの必要性                  |   |
|---------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> あり     |   |
| <input type="checkbox"/> なし（理由： | ） |

| サービス・区分変更の必要性                   |   |
|---------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> あり     |   |
| <input type="checkbox"/> なし（理由： | ） |

| ケアマネジャーへの連絡                 |                         |
|-----------------------------|-------------------------|
| <input type="checkbox"/> 済み | 年 月 日<br>電話・ケアマネ来院（ / ） |

「退院日時： 年 月 日， : 」

| ケアマネジャーへの連絡                 |                         |
|-----------------------------|-------------------------|
| <input type="checkbox"/> 済み | 年 月 日<br>電話・ケアマネ来院（ / ） |

| 看護サマリー等の提供                  |                      |
|-----------------------------|----------------------|
| <input type="checkbox"/> 済み | 年 月 日<br>ケアマネ来院（ / ） |

【自宅以外への退院】ケアマネジャーへの連絡： ☐済み（ 年 月 日）

|                                              |                                            |
|----------------------------------------------|--------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 介護保険施設等への入所（施設名： ）」 | ※住宅有料老人ホームの場合は、入院前のケアマネジャーが担当する場合があるため要確認！ |
| <input type="checkbox"/> 他医療機関へ転院            |                                            |
| <input type="checkbox"/> 死亡                  |                                            |