

退院時連携シート

担当者名 _____

【担当ケアマネジャーより、医療機関の方へお願い】「退院後の在宅療養について指導を行い、患者に情報提供した文章」の写しの提供をお願いします。

フリガナ 氏名		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日	歳
退院時の要介護度	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 要支援 () <input type="checkbox"/> 要介護 () <input type="checkbox"/> 区分変更中			
入院期間				
入院原因疾患				
退院後の医療機関	<input type="checkbox"/> 入院していた病院 <input type="checkbox"/> 入院前のかかりつけ医 ()		受診方法	<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 訪問診療
	<input type="checkbox"/> その他の医療機関 ()			<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 訪問診療
医療機関(医師)からの病状の予後予測、療養上の留意事項		病状等の説明に対する本人・家族などの反応・受け止め		
		本人		
		家族など		
禁忌事項	禁忌の有無	禁忌の内容・留意点(食事制限、塩分量、入浴時の血圧など)		
	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有			

退院後に必要な事柄	医療処置	
	看護の視点	
	リハビリ	
その他		

情報交換の履歴	回	聞き取り日(面談日)	情報提供者 職種(名前)	面談方法(会議、テレビ電話等)

