

退院支援チェックリスト(入院時にケアマネジャーがいる場合)

入院者情報 氏名: 要介護状態区分等: 認定の有効期間: ~ 年 月 日	医療機関情報 病医院名: 入院年月日: / 退院調整者:
---	---------------------------------------

①入院時の情報提供	医療機関への情報提供	<input type="checkbox"/> 済み(/) <input type="checkbox"/> 医療機関訪問(/)
-----------	------------	--

↓

②入院期間見込み	医療機関への確認	<input type="checkbox"/> 済み(/) <input type="checkbox"/> 未(理由:)
----------	----------	--

↓

③退院支援開始	医療機関からの連絡	<input type="checkbox"/> あり(/) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 医療機関訪問(/)
---------	-----------	--

↓

④退院前調整 退院見込み日 (/)	退院前カンファレンスの必要性	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし (その理由:)
	サービス、区分変更の必要性	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし (その理由:)
	医療機関からの連絡	<input type="checkbox"/> あり(/) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 医療機関訪問(/)

↓

退院日時決定 退院日時 (/ , :)	医療機関からの連絡	<input type="checkbox"/> あり(/) <input type="checkbox"/> 医療機関訪問(/)
	看護サマリー等の提供	<input type="checkbox"/> あり(/) <input type="checkbox"/> 医療機関訪問(/)

<input type="checkbox"/> 自宅	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 在宅扱いの施設(施設名:)
<input type="checkbox"/> 自宅以外への退院 医療機関からの連絡 <input type="checkbox"/> あり(/)	<input type="checkbox"/> 介護保険施設等への入所(施設名:) <input type="checkbox"/> 他医療機関へ転院(医療機関名:) <input type="checkbox"/> 死亡
備考	