

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)

医療機関用

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	ケアマネジャー情報 担当者: 事業所: TEL・FAX等:	医療機関情報 入院年月日: / 担当看護師: 退院調整者:
-----------------------------------------------	----------------------------------------	----------------------------------------

①入院時の情報提供	ケアマネジャーからの情報提供	<input type="checkbox"/> あり(/) <input type="checkbox"/> なし
	ケアマネジャー来院	<input type="checkbox"/> あり(/) <input type="checkbox"/> なし

↓

②入院期間見込み	ケアマネジャーへの連絡	<input type="checkbox"/> 済み(/) <input type="checkbox"/> 未(理由:)
----------	-------------	----------------------------------------------------------------------

↓

③退院支援開始	ケアマネジャーへの連絡	<input type="checkbox"/> 済み(/) ケアマネジャー来院(/)
---------	-------------	----------------------------------------------------

↓

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:)
	ケアマネジャーへの連絡	<input type="checkbox"/> 済み(/) ケアマネジャー来院(/)

↓

退院日時決定 退院日時 (/ , :)	ケアマネジャーへの連絡	<input type="checkbox"/> 済み(/) ケアマネジャー来院(/)
	看護サマリー等の提供	<input type="checkbox"/> 済み(/) ケアマネジャー来院(/)

<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 ケアマネジャーへの連絡 <input type="checkbox"/> 済み(/)	<input type="checkbox"/> 介護保険施設等への入所(施設名:) ※住宅型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
備考	