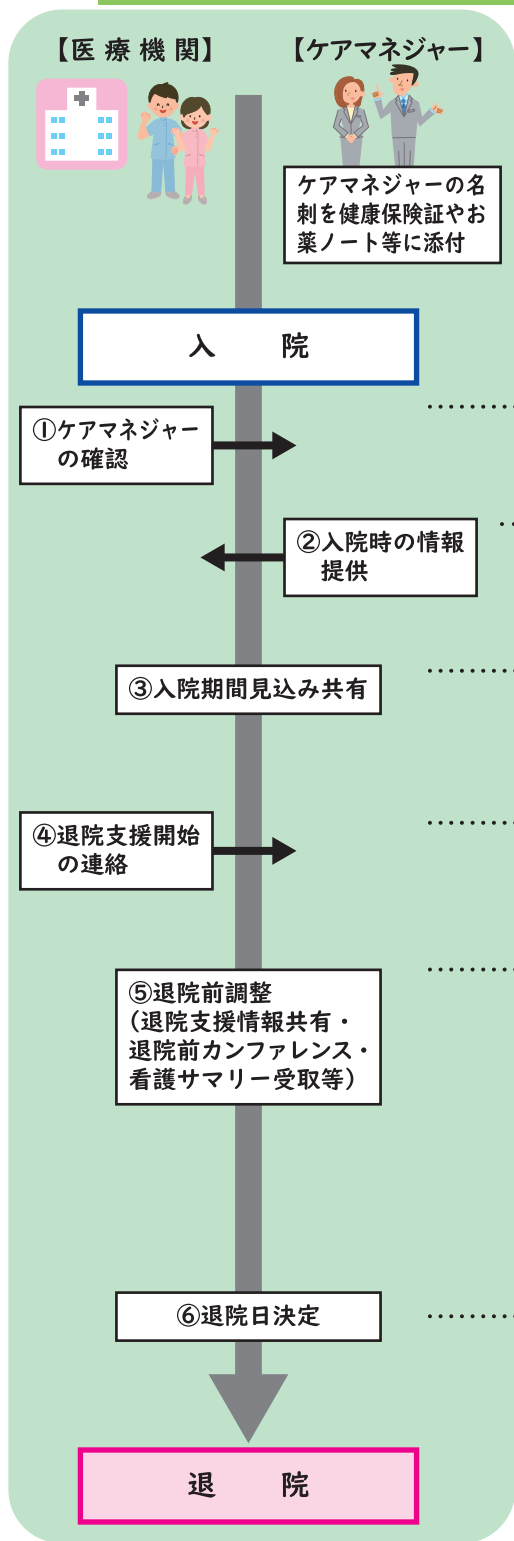


退院支援チェックリスト《入院前にケアマネジャーがいる場合：医療機関用》

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) 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) 電話・ケアマネ来院 (/)
「退院見込み日： 年 月 日」	

退院前の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) 電話・ケアマネ来院 (/)

⑥「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) 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) 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必要があるため要確認！
<input type="checkbox"/> 他医療機関へ転院
<input type="checkbox"/> 死亡