**【介護支援連携指導シート(退院時連携シート)】**　　　　　　　　(word版)

**様式２**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 医療機関名 |  | 入院日 |  |
| ふりがな |  |  | 性別 |  | 生年月日 |  |
| 患者氏名 |  | 様 |
| 病 　 名 |  |
| 実 施 日 |  | 説明形式 |  |
| 説明者・参加者 |  |
| 担当者 |  | 職　種 |  |

|  |
| --- |
| 【**ご本人の希望**～患者様がどのように希望しましたか～】 |
| 【**ご家族の希望**～ご家族がどのように希望しましたか～】 |
| 【**意向を踏まえてサービス導入に至った理由と予定サービス**（説明内容）】 |
| **【退院日と今後の診療予定】** | 退院後の主治医 |  |
| 退院予定日： |
| 退院後の診療予定：　　　回／ □ 週 ・　□ 月  |
| 介護保険情報： | 認定期間： |
| 退院後に予想されるサービスの内容 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **情報提供先** | 事業所： | 介護支援専門員： |

|  |
| --- |
| **【各専門職より情報提供**（情報提供するものに☑を記入）**】** |
| 　□ケ ア 情 報  | □看護サマリー　　　　□その他の情報： |  |
| 　□リハビリ情報 | □リハビリ情報提供　　□その他の情報： |  |
| 　□薬 剤 情 報  | □おくすり説明書　　　□その他の情報： |  |
| 　□食 事 情 報  | □栄養サマリー　　　　□その他の情報： |  |
| 　□そ　の　他　 |  |
| **【介護保険以外に利用できる制度】**※身体障害者手帳　療育手帳　精神保健福祉手帳等を記載 |

**情報提供同意**：上記の介護支援専門員への情報提供について下記の署名をもって同意します。

　　　　　　　　　　 介護支援専門員が必要な各専門職（看護・薬剤・リハビリなど）からの情報提供

にも承諾します

平成　　　年　　　月　　　日

　ご本人・ご家族の署名（同意について）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　続柄

　　※ご本人・ご家族へ原本をお渡しします。　※指導料算定には介護支援専門員の来院とケアプラン添付を要する。