

【介護支援連携シート(退院時連携シート)】

(チェックシート版)

医療機関名				入院日	年	月	日
ふりがな			性別	<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女		
患者氏名	様	生年月日	年	月	日生	歳	
病名							
主治医からの説明 (治療内容等)							
実施日	年	月	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】

退院予定日:	年	月	日	退院後の主治医			
退院後の診療予定:	回	<input type="checkbox"/> 週	<input type="checkbox"/> 月				
介護保険情報	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 申請中	<input type="checkbox"/> 要支援 ()	<input type="checkbox"/> 要介護 ()			
認定期間	年	月	日	～	年	月	日

退院後に予想されるサービスの内容

- デイサービス デイケア 訪問介護 訪問看護 訪問リハビリ
 介護用品レンタル・購入 ショートステイ 住宅改修 配食
 その他 ()

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)】

- 看護サマリー(口腔情報: あり・ なし→ ※「あり」の場合は看護サマリーの特記事項等に御記入ください。)
 リハビリ情報提供書 INAネット情報 [説明 登録]
 お薬説明書 MCS情報 [説明 登録]
 栄養サマリー 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

- 介護保険 身体障害者手帳 療育手帳 精神保健福祉手帳
 その他 ()

情報提供同意: 介護支援専門員へ上記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とする各専門職(看護・薬剤・リハビリなど)からの情報提供にも承諾します。

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。

【 介護支援連携シート (退院時連携シート) 】

(チェックシート版)

* 患者の状態像を捉え、その患者にとって必要な情報は何かを十分にアセスメントしたうえで、情報提供することが大切です。
 * 医療機関側と在宅側で必要な情報は異なります。医療機関とケアマネージャーで意見交換をしたり、聞きにくいことはMCS等を活用しながら情報共有を図りましょう。

医療機関名	○△病院		入院日	平成 30 年 2 月 14 日	
ふりがな	あくね じろう	性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女	
患者氏名	阿久根 次郎	様	生年月日	昭和 13 年 5 月 26 日生 80 歳	
病名	パーキンソン病				
主治医からの説明 (治療内容等)	今回○○で入院し、○○の治療を行いました。(本人・家族に説明した内容)				
実施日	平成 30 年 3 月 14 日	説明形式	退院支援カンファレンス		
説明者・参加者	居宅介護支援事業所 △△:○○介護支援専門員 ○△市民病院:○○医師・病棟師長・受持看護師・リハ担当者・薬剤師・栄養士				
担当者	出水 花子	職種	社会福祉士		

【ご本人の希望(患者様がどのように希望しましたか)】
 できるだけ自宅で生活したい。自宅で裁縫をしたい。

【ご家族の希望(ご家族がどのように希望しましたか)】
 できるだけ自宅で生活させてあげたいが、日中独居となってしまう。入院継続または転院での長期療養を考慮したが、本人が少しでも自宅で過ごしたいと希望しているので、それが可能なサービスを身近な所で利用し、心穏やかに生活させてあげたい。

【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)】
 退院後は、ご本人は自宅へ帰りたくと考えているが、パーキンソン病の症状があり、同居のご家族は共働きで日中独居となることから常時見守ることは難しい。
 今回は、馴染みのある通所施設を利用しながら、心穏やかに生活できるよう整えていく。

【退院日と今後の診療予定】	退院後の主治医	△△医院 ○○医師
退院予定日: 平成 30 年 4 月 3 日		
退院後の診療予定:	1 回 / <input type="checkbox"/> 週 <input type="checkbox"/> 月	
介護保険情報	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 要支援 () <input checked="" type="checkbox"/> 要介護 (2)	
認定期間	平成 29 年 7 月 1 日 ~ 平成 30 年 6 月 30 日	

退院後に予想されるサービスの内容

<input type="checkbox"/> デイサービス	<input checked="" type="checkbox"/> デイケア	<input checked="" type="checkbox"/> 訪問介護	<input checked="" type="checkbox"/> 訪問看護	<input type="checkbox"/> 訪問リハビリ
<input type="checkbox"/> 介護用品レンタル・購入	<input type="checkbox"/> ショートステイ	<input type="checkbox"/> 住宅改修	<input type="checkbox"/> 配食	
<input type="checkbox"/> その他 ()				

情報提供先	事業所 居宅介護支援事業所 △△	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)】

看護サマリー(口腔情報: あり・なし→ ※「あり」の場合は看護サマリーの特記事項等に御記入ください。)

リハビリ情報提供書 INAネット情報 [説明 登録]

お薬説明書 MCS情報 [説明 登録]

栄養サマリー 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

介護保険 身体障害者手帳 療育手帳 精神保健福祉手帳

その他 ()

情報提供同意: 介護支援専門員へ上記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とする各専門職(看護・薬剤・リハビリなど)からの情報提供にも承諾します。

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。