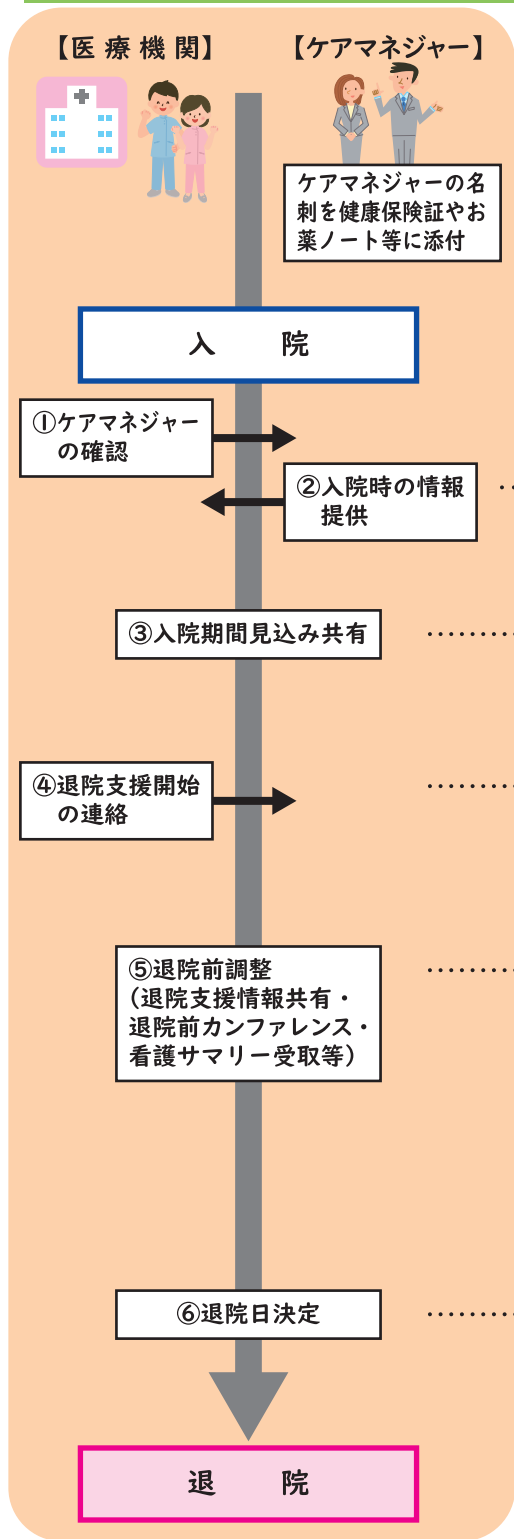


退院支援チェックリスト《入院前にケアマネジャーがいる場合：ケアマネジャー用》

様式5



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	

② 医療機関への情報提供

済み (年 月 日)
医療機関訪問： 月 日

なし

③ 医療機関への確認

済み 年 月 日

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

④ 医療機関からの連絡

あり (年 月 日)
医療機関訪問： 月 日

なし

「退院見込み日： 年 月 日」

⑤ 退院前のカンファレンスの必要性

あり

なし (理由：)

サービス・区分変更の必要性

あり

なし (理由：)

医療機関からの連絡

あり (年 月 日)
医療機関訪問： 月 日

⑥ 「退院日時： 年 月 日, : 」

医療機関からの連絡

あり (年 月 日)
医療機関訪問： 月 日

看護サマリー等の提供

あり (年 月 日)
医療機関訪問： 月 日

【自宅以外への退院】 医療機関からの連絡： あり (年 月 日)

<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
<input type="checkbox"/> 死亡