



入院患者情報	
氏名	
介護保険申請年月日	年 月 日

医療機関情報	
医療機関名	
入院年月日	年 月 日
退院調整者	

①退院支援の  
必要性の検討

①-1  
患者・家族が居宅  
介護支援事業所を  
選択した場合

②入院期間見込み共有

③退院支援開始  
の連絡

④退院前調整  
(退院支援情報共有・  
退院前カンファレンス・  
看護サマリー受取等)

⑤退院日決定

退院

……①-1 医療機関からの連絡

<input type="checkbox"/> あり	( 年 月 日 )
	医療機関訪問： 月 日
<input type="checkbox"/> なし	

……③ ※病状が安定した又は在宅での介護が可能な状態と判断された場合

医療機関からの連絡

<input type="checkbox"/> あり	( 年 月 日 )
	医療機関訪問： 月 日
<input type="checkbox"/> なし	

……④ 「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： )	

医療機関からの連絡

<input type="checkbox"/> あり	( 年 月 日 )
	医療機関訪問： 月 日
<input type="checkbox"/> なし	

……⑤ 「退院日時： 年 月 日, : 」

医療機関からの連絡

<input type="checkbox"/> あり	( 年 月 日 )
	医療機関訪問： 月 日

看護サマリー等の提供

<input type="checkbox"/> あり	( 年 月 日 )
	医療機関訪問： 月 日