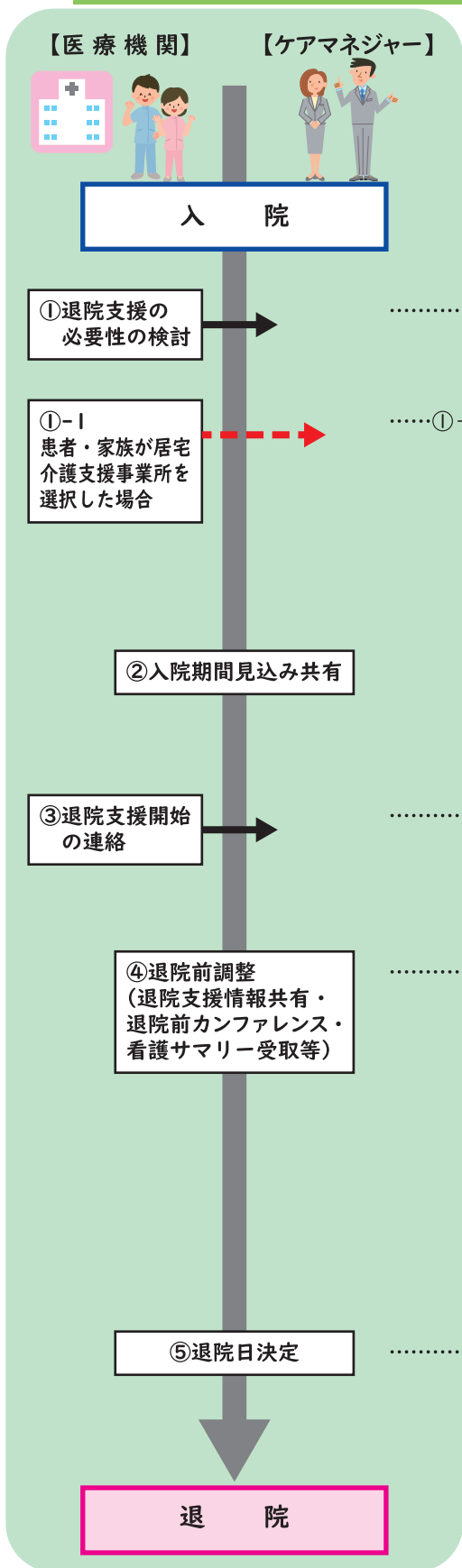


退院支援チェックリスト《入院前にケアマネジャーがいない場合：医療機関用》

様式4



| 入院患者情報 | |
|--------|-------|
| 氏名 | |
| 入院年月日 | 年 月 日 |
| 担当看護師 | |
| 退院調整者 | |

※40～64歳の場合、
介護保険の対象となる特定疾病の確認 確認済み
(ルールP6)

①退院支援の
必要性の検討

① 家族等への介護保険等の相談の連絡

済み 年 月 日

①-1
患者・家族が居宅
介護支援事業所を
選択した場合

①-1 ケアマネージャへの連絡

済み 年 月 日

| ケアマネジャー情報 | |
|-----------|--|
| 事業所 | |
| 担当者 | |
| 電話番号 | |

②入院期間見込み共有

患者・病院担当者との面談

ケアマネジャー来院 年 月 日

③退院支援開始
の連絡

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した場合

ケアマネジャーへの連絡

済み (年 月 日)
電話・ケアマネ来院 (/)

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)

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

あり

なし(理由：)

サービス・区分変更の必要性

あり

なし(理由：)

ケアマネジャーへの連絡

済み (年 月 日)
電話・ケアマネ来院 (/)

⑤退院日決定

⑤ 「退院日時： 年 月 日, : 」

ケアマネジャーへの連絡

済み (年 月 日)
電話・ケアマネ来院 (/)

看護サマリー等の提供

済み (年 月 日)
ケアマネ来院 (/)