



| 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 |