

□退院時共同指導 □介護支援連携指導 説明書

様 (生年月日:) 記録者

住所:		電話番号:	
実施日、時間 月 日() : ~ :			
実施場所			
参加者 <input type="checkbox"/> ご本人 <input type="checkbox"/> ご家族() <input type="checkbox"/> その他()			
<input type="checkbox"/> 訪問診療()		医師・歯科医師: 看護師:)	
<input type="checkbox"/> 訪問看護師()		氏名:)	
<input type="checkbox"/> 介護支援専門員()		氏名:)	
<input type="checkbox"/> 訪問薬剤師()		氏名:)	
<input type="checkbox"/> その他事業所()		氏名:)	
<input type="checkbox"/> 病院医師()		<input type="checkbox"/> 病棟看護師() <input type="checkbox"/> リハビリ()	
<input type="checkbox"/> 病院相談員()			
退院後の療養生活に係る説明・検討点・確認事項			
<input type="checkbox"/> 清潔	お下の清潔・入浴以外の清拭 入浴介助 その他:	ご家族・訪問看護師・ヘルパー・その他() ご家族・訪問看護師・ヘルパー・その他()	
<input type="checkbox"/> 排泄	自立・しびん介助・おむつ交換 膀胱留置カテーテル尿を捨てる その他:	ご家族・訪問看護師・ヘルパー・その他() ご家族・訪問看護師・ヘルパー・その他()	
<input type="checkbox"/> 食事	お口からの食事・お口から以外の栄養 食事、栄養内容: その他:	ご家族・訪問看護師・ヘルパー・その他()	
<input type="checkbox"/> 移動	杖・T字杖・歩行器・シルバーカー・車いす		
<input type="checkbox"/> 薬	自立・支援が必要	ご家族・薬剤師・訪問看護師・ヘルパー・その他()	
<input type="checkbox"/> お口の中のケアの必要性なし・あり		ご家族・歯科往診・歯科衛生士・訪問看護師・ヘルパー・その他()	
<input type="checkbox"/> その他			
介護保険に係るサービス			
<input type="checkbox"/> 介護認定	要支援1・2・要介護1・2・3・4・5		
<input type="checkbox"/> 利用するサービス	<input type="checkbox"/> 訪問看護	<input type="checkbox"/> 訪問介護	<input type="checkbox"/> 訪問入浴
	<input type="checkbox"/> 通所系	<input type="checkbox"/> 短期入所	<input type="checkbox"/> 福祉用具
	<input type="checkbox"/> 住宅改修	<input type="checkbox"/> 施設入所	<input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導
	<input type="checkbox"/> その他:		
退院後の診療に係る説明			
<input type="checkbox"/> 点滴	<input type="checkbox"/> 注射	<input type="checkbox"/> 経管栄養	<input type="checkbox"/> 高カロリー中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 服薬支援
<input type="checkbox"/> 在宅酸素	<input type="checkbox"/> 吸引	<input type="checkbox"/> 気管カニューレ	<input type="checkbox"/> 人工呼吸器
<input type="checkbox"/> 膀胱留置カテーテル	<input type="checkbox"/> 床ずれの処置	<input type="checkbox"/> 腎ろう・尿管皮膚ろう	<input type="checkbox"/> 人工肛門
<input type="checkbox"/> リハビリテーション	<input type="checkbox"/> 痛み・つらさの管理・症状の緩和		
<input type="checkbox"/> その他:			
その他			
退院予定日 月 日() 午前・午後 時 送迎手配:			
<input type="checkbox"/> 初回訪問看護の予定 月 日() 午前・午後 時			
<input type="checkbox"/> 退院後の通院、訪問診療先: 退院後診察日時:			

以上の内容で、入院中の医療従事者、ご自宅に関わる関係機関担当者と共に退院支援いたしました。

病院名
住所
電話番号

私は、上記の内容の退院指導を受けました。 年 月 日

ご利用者・ご家族サイン _____

地域連携看護師会 書式作成