退院時連携シート

担当者名

フリガナ 氏　名		□男 □女	生年月日	歳
退院時の要介護度	□なし　□申請中　□要支援（　　）□要介護　）□区分変更中			
入院期間				
入院原因疾患				
退院後の医療機関	□入院していた病院 □入院前のかかりつけ医（　　）		受診方法	□通院 □訪問診療
	□その他の医療機関（　　）			□通院 □訪問診療

医療機関（医師）からの病状の予後予測、療養上の留意事項	病状等の説明に対する本人・家族などの反応・受け止め	
	本人	
	家族など	

禁忌事項	禁忌の有無	禁忌の内容・留意点（食事制限、塩分量、入浴時の血圧など）
	□無　□有	

退院後に必要な事柄	医療処置	
	看護の視点	
	リハビリ	
その他		

情報交換の履歴	回	聞き取り日（面談日）	情報提供者　職種（名前）・	面談方法（会議、テレビ電話等）

【担当ケアマネジャーより、医療機関の方へお願い】　退院後の在宅療養ついて指導を行い、患者に情報提供した文章」の写しの提供をお願いします。