

スクリーニングシート

(病院控)

入院日 年 月 日
作成日 年 月 日

病棟

課長	受持ち看護師

主治医		病名		入院前の生活	☐ 同居 ☐ 独居 ☐ 施設 ☐ その他 ()
介護認定	☐ なし ☐ 要支援 1・2 ☐ 要介護 1・2・3・4・5			社会福祉サービス	☐ なし ☐ あり ()
該当する項目にチェック。該当項目が1つ以上ある場合は、退院支援の依頼が必要。					チェック
1	悪性腫瘍、認知症または誤嚥性肺炎などの急性呼吸器感染症のいずれかである				
2	緊急入院である				
3	社会福祉サービスの必要性はあるが、介護保険が未申請である				
4	入院前に比べADLが低下し、退院後の生活様式の再編が必要である又は、必要と推測される				
5	排泄に介護を要する				
6	同居者の有無にかかわらず、必要な介護を十分に提供できる状況にない				
7	入退院を繰り返している				
8	退院後も医療処置が必要又は、必要と予測される 経管栄養 () 吸引・吸入 () インスリン () ストマ () 点滴 () 在宅酸素 () 褥瘡処置 () その他 ()				
9	患者の状況から判断して1～8に準ずると認められる				
※	ケアマネージャーへ連携目的で連絡することについての可否				可・不可
具体的な依頼内容（あれば記入して下さい）					

退院支援 依頼書

(提出用)

入院日

年

月

日

作成日

年

月

日

病棟

課長	受持ち看護師

主治医		病名		入院前の生活	☐ 同居 ☐ 独居 ☐ 施設 ☐ その他 ()
介護認定	☐ なし ☐ 要支援 1・2 ☐ 要介護 1・2・3・4・5			社会福祉サービス	☐ なし ☐ あり ()
該当する項目にチェック。該当項目が1つ以上ある場合は、退院支援の依頼が必要。					チェック
1	悪性腫瘍、認知症または誤嚥性肺炎などの急性呼吸器感染症のいずれかである				
2	緊急入院である				
3	社会福祉サービスの必要性はあるが、介護保険が未申請である				
4	入院前に比べADLが低下し、退院後の生活様式の再編が必要である又は、必要と推測される				
5	排泄に介護を要する				
6	同居者の有無にかかわらず、必要な介護を十分に提供できる状況にない				
7	入退院を繰り返している				
8	退院後も医療処置が必要又は、必要と予測される 経管栄養 () 吸引・吸入 () インスリン () ストマ () 点滴 () 在宅酸素 () 褥瘡処置 () その他 ()				
9	患者の状況から判断して1～8に準ずると認められる				
※	ケアマネージャーへ連携目的で連絡することについての可否				可・不可
具体的な依頼内容（あれば記入して下さい）					
					退院支援担当
					カンファレンス開催日