

■3枚目

■2枚目

③相談室控

■1枚目

②患者様控

①病院控

介護支援連携指導書（様式1）

(患者氏名) _____ 様

年 月 日

病棟（病室）	病棟（ 号室）			
本人以外の相談者	(続柄)			
	(続柄)			
疾病の状態	主病名： 退院後も必要となる医療処置・注意事項			
予想される退院日	年 月 日頃 ・ 未定			
退院に係る課題等				
予想される退院先				
退院後に利用が 予想される介護・ 予防・福祉サービス	ヘルパー 訪問介護	訪問入浴	訪問看護	訪問リハビリ
	デイサービス 通所介護	デイケア 通所リハビリ	ショートステイ 短期入所	
	福祉用具	住宅改修		
	介護老人福祉施設	介護老人保健施設	介護療養型医療施設	
	特定施設	グループホーム	小規模多機能	
退院へ向けた 準備の概要	<input type="checkbox"/> 介護認定を新規に受ける申請を市町村役場で行う <input type="checkbox"/> 今の介護認定を変更する申請を市町村役場で行う <input type="checkbox"/> サービス利用の手配を進める			
その他				

注) 上記内容は、現時点で考えられるものであり、今後の状態の変化等に応じて変わり得るものです。

担当者 _____

介護支援専門員 _____

本人・家族 _____

エヌプリ病院

日

日

)

)

日

完

病院