

ID :

病院

実施日	年	月	日	時	分	～	時	分	第	回	
患者氏名	様 場所						記載者				
住所											
指導を受けた人	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 () <input type="checkbox"/> その他 ()										
参加者	病院担当者					在宅担当者					
	職種	氏名			職種	事業所		氏名			
要介護度	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 更新中 <input type="checkbox"/> 区分変更中 <input type="checkbox"/> あり										
障害区分											
入院日	月			日	退院の目途	月			日		
疾患名											
現在の状態 (ADL,処置等)	<input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> Baカテーテル <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 経管栄養() <input type="checkbox"/> インスリン <input type="checkbox"/> 酸素 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> その他()										
退院後の注意 (医療行為等)											
退院後必要な サービス	<input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 通所リハビリ <input type="checkbox"/> 短期入所 <input type="checkbox"/> 福祉用具 <input type="checkbox"/> 住宅改修 <input type="checkbox"/> 訪問診療 <input type="checkbox"/> その他()										
その他留意事項											

上記の通り指導を受けました。

なお、当院が介護支援専門員に対し指導の内容を踏まえて作成されたケアプラン等の情報を求めることに同意します。

 患者本人 家族 (続柄 :

署名 :
