

X その他

☆資料 様式1 入院時情報提供書☆

記入日： 年 月 日 入院日： 年 月 日 情報提供日： 年 月 日																																																						
<h3 style="margin: 0;">入院時情報提供書</h3> <p style="margin: 0; font-size: small;">医療機関 ← 居宅介護支援事業所</p>																																																						
医療機関名： _____ 事業所名： _____ ご担当者名： _____ ケアマネジャー氏名： _____ TEL： _____ FAX： _____																																																						
利用者(患者)／家族の同意に基づき、利用者情報(身体・生活機能など)の情報を送付します。是非ご活用下さい。																																																						
1. 利用者(患者)基本情報について																																																						
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">患者氏名</td> <td style="width: 30%;">(フリガナ) _____</td> <td style="width: 10%;">年齢</td> <td style="width: 10%;">才</td> <td style="width: 10%;">性別</td> <td style="width: 10%;">男 女</td> </tr> <tr> <td></td> <td>生年月日</td> <td colspan="4">明・大・昭 年 月 日生</td> </tr> <tr> <td>住所</td> <td colspan="5">〒 _____ 電話番号 _____</td> </tr> <tr> <td>住環境 <small>※可能ならば、「写真」などを添付</small></td> <td colspan="5">住居の種類(戸建て・集合住宅)： ____階建て。 居室____階。 エレベーター(有・無) _____ 特記事項() _____</td> </tr> <tr> <td>入院時の要介護度</td> <td colspan="5"> <input type="checkbox"/> 要支援() <input type="checkbox"/> 要介護() 有効期間： 年 月 日 ~ 年 月 日 <input type="checkbox"/> 申請中(申請日 /) <input type="checkbox"/> 区分変更(申請日 /) <input type="checkbox"/> 未申請 </td> </tr> <tr> <td>障害高齢者の日常生活自立度</td> <td colspan="4"> <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2 </td> <td><input type="checkbox"/> 医師の判断</td> </tr> <tr> <td>認知症高齢者の日常生活自立度</td> <td colspan="4"> <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M </td> <td><input type="checkbox"/> ケアマネジャーの判断</td> </tr> <tr> <td>介護保険の自己負担割合</td> <td colspan="2"> <input type="checkbox"/> ____割 <input type="checkbox"/> 不明 </td> <td>障害など認定</td> <td colspan="2"> <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(身体・精神・知的) </td> </tr> <tr> <td>年金などの種類</td> <td colspan="5"> <input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> その他() </td> </tr> </table>	患者氏名	(フリガナ) _____	年齢	才	性別	男 女		生年月日	明・大・昭 年 月 日生				住所	〒 _____ 電話番号 _____					住環境 <small>※可能ならば、「写真」などを添付</small>	住居の種類(戸建て・集合住宅)： ____階建て。 居室____階。 エレベーター(有・無) _____ 特記事項() _____					入院時の要介護度	<input type="checkbox"/> 要支援() <input type="checkbox"/> 要介護() 有効期間： 年 月 日 ~ 年 月 日 <input type="checkbox"/> 申請中(申請日 /) <input type="checkbox"/> 区分変更(申請日 /) <input type="checkbox"/> 未申請					障害高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2				<input type="checkbox"/> 医師の判断	認知症高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M				<input type="checkbox"/> ケアマネジャーの判断	介護保険の自己負担割合	<input type="checkbox"/> ____割 <input type="checkbox"/> 不明		障害など認定	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(身体・精神・知的)		年金などの種類	<input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> その他()				
患者氏名	(フリガナ) _____	年齢	才	性別	男 女																																																	
	生年月日	明・大・昭 年 月 日生																																																				
住所	〒 _____ 電話番号 _____																																																					
住環境 <small>※可能ならば、「写真」などを添付</small>	住居の種類(戸建て・集合住宅)： ____階建て。 居室____階。 エレベーター(有・無) _____ 特記事項() _____																																																					
入院時の要介護度	<input type="checkbox"/> 要支援() <input type="checkbox"/> 要介護() 有効期間： 年 月 日 ~ 年 月 日 <input type="checkbox"/> 申請中(申請日 /) <input type="checkbox"/> 区分変更(申請日 /) <input type="checkbox"/> 未申請																																																					
障害高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2				<input type="checkbox"/> 医師の判断																																																	
認知症高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M				<input type="checkbox"/> ケアマネジャーの判断																																																	
介護保険の自己負担割合	<input type="checkbox"/> ____割 <input type="checkbox"/> 不明		障害など認定	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(身体・精神・知的)																																																		
年金などの種類	<input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> その他()																																																					
2. 家族構成／連絡先について																																																						
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">世帯構成</td> <td colspan="5"> <input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> 子と同居 <input type="checkbox"/> その他() * <input type="checkbox"/> 日中独居 </td> </tr> <tr> <td>主介護者氏名</td> <td style="width: 20%;">(続柄・才)</td> <td style="width: 20%;">(同居・別居)</td> <td style="width: 10%;">TEL</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>キーパーソン</td> <td>(続柄・才)</td> <td>連絡先</td> <td>TEL</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table>	世帯構成	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> 子と同居 <input type="checkbox"/> その他() * <input type="checkbox"/> 日中独居					主介護者氏名	(続柄・才)	(同居・別居)	TEL			キーパーソン	(続柄・才)	連絡先	TEL																																						
世帯構成	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> 子と同居 <input type="checkbox"/> その他() * <input type="checkbox"/> 日中独居																																																					
主介護者氏名	(続柄・才)	(同居・別居)	TEL																																																			
キーパーソン	(続柄・才)	連絡先	TEL																																																			
3. 本人／家族の意向について																																																						
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">本人の趣味・興味・関心領域等</td> <td></td> </tr> <tr> <td>本人の生活歴</td> <td></td> </tr> <tr> <td>入院前の本人の生活に対する意向</td> <td><input type="checkbox"/> 同封の居宅サービス計画(1)参照</td> </tr> <tr> <td>入院前の家族の生活に対する意向</td> <td><input type="checkbox"/> 同封の居宅サービス計画(1)参照</td> </tr> </table>	本人の趣味・興味・関心領域等		本人の生活歴		入院前の本人の生活に対する意向	<input type="checkbox"/> 同封の居宅サービス計画(1)参照	入院前の家族の生活に対する意向	<input type="checkbox"/> 同封の居宅サービス計画(1)参照																																														
本人の趣味・興味・関心領域等																																																						
本人の生活歴																																																						
入院前の本人の生活に対する意向	<input type="checkbox"/> 同封の居宅サービス計画(1)参照																																																					
入院前の家族の生活に対する意向	<input type="checkbox"/> 同封の居宅サービス計画(1)参照																																																					
4. 入院前の介護サービスの利用状況について																																																						
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">入院前の介護サービスの利用状況</td> <td> 同封の書類をご確認ください。 <input type="checkbox"/> 居宅サービス計画書1.2.3表 <input type="checkbox"/> その他() </td> </tr> </table>	入院前の介護サービスの利用状況	同封の書類をご確認ください。 <input type="checkbox"/> 居宅サービス計画書1.2.3表 <input type="checkbox"/> その他()																																																				
入院前の介護サービスの利用状況	同封の書類をご確認ください。 <input type="checkbox"/> 居宅サービス計画書1.2.3表 <input type="checkbox"/> その他()																																																					
5. 今後の在宅生活の展望について(ケアマネジャーとしての意見)																																																						
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">在宅生活に必要な要件</td> <td></td> </tr> <tr> <td>退院後の世帯状況</td> <td> <input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> 子と同居(家族構成員数 _____ 名) * <input type="checkbox"/> 日中独居 <input type="checkbox"/> その他() </td> </tr> <tr> <td>世帯に対する配慮</td> <td> <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要() </td> </tr> <tr> <td>退院後の主介護者</td> <td> <input type="checkbox"/> 本シート2に同じ <input type="checkbox"/> 左記以外(氏名 _____ 続柄 _____ ・年齢 _____) </td> </tr> <tr> <td>介護力*</td> <td> <input type="checkbox"/> 介護力が見込める(<input type="checkbox"/> 十分 ・ <input type="checkbox"/> 一部) <input type="checkbox"/> 介護力は見込めない <input type="checkbox"/> 家族や支援者はいない </td> </tr> <tr> <td>家族や同居者等による虐待の疑い*</td> <td> <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり() </td> </tr> <tr> <td>特記事項</td> <td></td> </tr> </table>	在宅生活に必要な要件		退院後の世帯状況	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> 子と同居(家族構成員数 _____ 名) * <input type="checkbox"/> 日中独居 <input type="checkbox"/> その他()	世帯に対する配慮	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要()	退院後の主介護者	<input type="checkbox"/> 本シート2に同じ <input type="checkbox"/> 左記以外(氏名 _____ 続柄 _____ ・年齢 _____)	介護力*	<input type="checkbox"/> 介護力が見込める(<input type="checkbox"/> 十分 ・ <input type="checkbox"/> 一部) <input type="checkbox"/> 介護力は見込めない <input type="checkbox"/> 家族や支援者はいない	家族や同居者等による虐待の疑い*	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	特記事項																																									
在宅生活に必要な要件																																																						
退院後の世帯状況	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> 子と同居(家族構成員数 _____ 名) * <input type="checkbox"/> 日中独居 <input type="checkbox"/> その他()																																																					
世帯に対する配慮	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要()																																																					
退院後の主介護者	<input type="checkbox"/> 本シート2に同じ <input type="checkbox"/> 左記以外(氏名 _____ 続柄 _____ ・年齢 _____)																																																					
介護力*	<input type="checkbox"/> 介護力が見込める(<input type="checkbox"/> 十分 ・ <input type="checkbox"/> 一部) <input type="checkbox"/> 介護力は見込めない <input type="checkbox"/> 家族や支援者はいない																																																					
家族や同居者等による虐待の疑い*	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()																																																					
特記事項																																																						
6. カンファレンス等について(ケアマネジャーからの希望)																																																						
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;">「院内の多職種カンファレンス」への参加</td> <td style="width: 70%;"> <input type="checkbox"/> 希望あり </td> </tr> <tr> <td>「退院前カンファレンス」への参加</td> <td> <input type="checkbox"/> 希望あり ・具体的な要望() </td> </tr> <tr> <td>「退院前訪問指導」を実施する場合の同行</td> <td> <input type="checkbox"/> 希望あり </td> </tr> </table>	「院内の多職種カンファレンス」への参加	<input type="checkbox"/> 希望あり	「退院前カンファレンス」への参加	<input type="checkbox"/> 希望あり ・具体的な要望()	「退院前訪問指導」を実施する場合の同行	<input type="checkbox"/> 希望あり																																																
「院内の多職種カンファレンス」への参加	<input type="checkbox"/> 希望あり																																																					
「退院前カンファレンス」への参加	<input type="checkbox"/> 希望あり ・具体的な要望()																																																					
「退院前訪問指導」を実施する場合の同行	<input type="checkbox"/> 希望あり																																																					
* = 診療報酬 退院支援加算 1. 2 「退院困難な患者の要因」に関連																																																						

7. 身体・生活機能の状況／療養生活上の課題について										
麻痺の状況		なし	軽度	中度	重度	褥瘡の有無	□ なし □ あり ()			
A D L	移動	自立	見守り	一部介助	全介助	移動(室内)	□ 杖 □ 歩行器 □ 車いす □ その他			
	移乗	自立	見守り	一部介助	全介助	移動(屋外)	□ 杖 □ 歩行器 □ 車いす □ その他			
	更衣	自立	見守り	一部介助	全介助	起居動作	自立	見守り	一部介助	全介助
	整容	自立	見守り	一部介助	全介助					
	入浴	自立	見守り	一部介助	全介助					
	食事	自立	見守り	一部介助	全介助					
食事内容	食事回数	() 回/日 (朝__時頃 ・ 昼__時頃 ・ 夜__時頃)				食事制限	□ あり () □ なし □ 不明			
	食事形態	□ 普通 □ きざみ □ 嚥下障害食 □ ミキサー				UDF等の食形態区分				
	摂取方法	□ 経口 □ 経管栄養		水分とろみ	□ なし □ あり	水分制限	□ あり () □ なし □ 不明			
口腔	嚥下機能	むせない	時々むせる	常にむせる		義歯	□ なし □ あり(部分・総)			
	口腔清潔	良	不良	著しく不良		口臭	□ なし □ あり			
排泄*	排尿	自立	見守り	一部介助	全介助	ポータブルトイレ	□ なし □ 夜間 □ 常時			
	排便	自立	見守り	一部介助	全介助	オムツ/パッド	□ なし □ 夜間 □ 常時			
睡眠の状態		良	不良 ()		眠剤の使用	□ なし □ あり				
喫煙		無	有 ____本くらい/日		飲酒	無	有 ____合くらい/日あたり			
コミュニケーション能力	視力	問題なし	やや難あり	困難		眼鏡	□ なし □ あり ()			
	聴力	問題なし	やや難あり	困難		補聴器	□ なし □ あり			
	言語	問題なし	やや難あり	困難		コミュニケーションに関する特記事項:				
	意思疎通	問題なし	やや難あり	困難						
精神面における療養上の問題		□ なし □ 幻視・幻聴 □ 興奮 □ 焦燥・不穏 □ 妄想 □ 暴力/攻撃性 □ 介護への抵抗 □ 不眠 □ 昼夜逆転 □ 徘徊 □ 危険行為 □ 不潔行為 □ その他 ()								
疾患歴*		□ なし □ 悪性腫瘍 □ 認知症 □ 急性呼吸器感染症 □ 脳血管障害 □ 骨折 □ その他 ()								
入院歴*	最近半年間での入院	□ なし □ あり (理由: _____ 期間: _____年 月 日 ~ _____年 月 日) □ 不明								
	入院頻度	□ 頻度は高い/繰り返している □ 頻度は低い、これまでにもある □ 今回が初めて								
入院前に実施している医療処置*		□ なし □ 点滴 □ 酸素療法 □ 喀痰吸引 □ 気管切開 □ 胃ろう □ 経鼻栄養 □ 経腸栄養 □ 褥瘡 □ 尿道カテーテル □ 尿路ストーマ □ 消化管ストーマ □ 痛みコントロール □ 排便コントロール □ 自己注射 () □ その他 ()								
8. お薬について ※必要に応じて、「お薬手帳(コピー)」を添付										
内服薬	□ なし □ あり ()				居宅療養管理指導	□ なし □ あり (職種:)				
薬剤管理	□ 自己管理 □ 他者による管理 (・管理者: _____ ・管理方法: _____)									
服薬状況	□ 処方通り服用 □ 時々飲み忘れ □ 飲み忘れが多い、処方が守られていない □ 服薬拒否									
お薬に関する、特記事項										
9. かかりつけ医について										
かかりつけ医機関名					電話番号					
医師名	(フリガナ)				診察方法・頻度	□ 通院 □ 訪問診療 ・頻度 = () 回 / 月				
* = 診療報酬 退院支援加算 1, 2「退院困難な患者の要因」に関連										

☆資料 様式2 退院・退所情報記録書☆

退院・退所情報記録書

1. 基本情報・現在の状態等

記入日： 年 月 日

属性	フリガナ	性別	年齢	退院(所)時の要介護度 (<input type="checkbox"/> 要区分変更)			
	氏名	様 男・女	歳	<input type="checkbox"/> 要支援 ()・要介護() <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> なし			
入院(所)概要	・入院(所)日： 年 月 日 ・退院(所)予定日： 年 月 日						
	入院原因疾患(入所目的等)						
	入院・入所先	施設名		棟 室			
	今後の医学管理	医療機関名：		方法	<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 訪問診療		
① 疾患と入院(所)中の状況	現在治療中の疾患	①	②	③	疾患の状況	*番号記入 安定() 不安定()	
	移動手段	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他 ()					
	排泄方法	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> カテーテル・パウチ ()					
	入浴方法	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> 一般浴 <input type="checkbox"/> 機械浴 <input type="checkbox"/> 行わず					
	食事形態	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> その他 ()				UDF等の食形態区分	
	嚥下機能(むせ)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(時々・常に)			義歯	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(部分・総)	
	口腔清潔	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良 <input type="checkbox"/> 著しく不良				入院(所)中の使用： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
	口腔ケア	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助					
	睡眠	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良 ()				眠剤使用 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
	認知・精神	<input type="checkbox"/> 認知機能低下 <input type="checkbox"/> せん妄 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 焦燥・不穏 <input type="checkbox"/> 攻撃性 <input type="checkbox"/> その他 ()					
② 受け止め/意向	<本人> 病気、障害、後遺症等の受け止め方	本人への病名告知： <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし					
	<本人> 退院後の生活に関する意向						
	<家族> 病気、障害、後遺症等の受け止め方						
	<家族> 退院後の生活に関する意向						

2. 課題認識のための情報

③ 退院後に必要な事柄	医療処置の内容	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 経鼻栄養 <input type="checkbox"/> 経腸栄養 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 尿道カテーテル <input type="checkbox"/> 尿路ストーマ <input type="checkbox"/> 消化管ストーマ <input type="checkbox"/> 痛みコントロール <input type="checkbox"/> 排便コントロール <input type="checkbox"/> 自己注射 () <input type="checkbox"/> その他 ()				
	看護の視点	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 血圧 <input type="checkbox"/> 水分制限 <input type="checkbox"/> 食事制限 <input type="checkbox"/> 食形態 <input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 口腔ケア <input type="checkbox"/> 清潔ケア <input type="checkbox"/> 血糖コントロール <input type="checkbox"/> 排泄 <input type="checkbox"/> 皮膚状態 <input type="checkbox"/> 睡眠 <input type="checkbox"/> 認知機能・精神面 <input type="checkbox"/> 服薬指導 <input type="checkbox"/> 療養上の指導(食事・水分・睡眠・清潔ケア・排泄 などにおける指導) <input type="checkbox"/> ターミナル <input type="checkbox"/> その他 ()				
	リハビリの視点	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 本人指導 <input type="checkbox"/> 家族指導 <input type="checkbox"/> 関節可動域練習(ストレッチ含む) <input type="checkbox"/> 筋力増強練習 <input type="checkbox"/> バランス練習 <input type="checkbox"/> 麻痺・筋緊張改善練習 <input type="checkbox"/> 起居/立位等基本動作練習 <input type="checkbox"/> 摂食・嚥下訓練 <input type="checkbox"/> 言語訓練 <input type="checkbox"/> ADL練習(歩行/入浴/トイレ動作/移乗等) <input type="checkbox"/> IADL練習(買い物、調理等) <input type="checkbox"/> 疼痛管理(痛みコントロール) <input type="checkbox"/> 更生装具・福祉用具等管理 <input type="checkbox"/> 運動耐容能練習 <input type="checkbox"/> 地域活動支援 <input type="checkbox"/> 社会参加支援 <input type="checkbox"/> 就労支援 <input type="checkbox"/> その他 ()				
	禁忌事項	(禁忌の有無)	(禁忌の内容/留意点)			
症状・病状の予後・予測						
退院に際しての日常生活の阻害要因(心身状況・環境等)		例) 医療機関からの見立て・意見(今後の見通し、急変の可能性や今後、どんなことが起こりうるか(合併症)、良くなっていく又はゆっくり落ちていく方向なのか等)について、①疾患と入院中の状況、②本人・家族の受け止めや意向、③退院後に必要な事柄、④その他の観点から必要と思われる事項について記載する。				
在宅復帰のために整えなければならない要件						
回目	聞き取り日	情報提供を受けた職種(氏名)				会議出席
1	年 月 日					無・有
2	年 月 日					無・有
3	年 月 日					無・有

※ 課題分析にあたっては、必要に応じて課題整理総括表の活用も考えられる。