

	ID :	患者氏名 :	生年月日 :	作成日 :	指導日 (交付日) :
	主病名 :	家族氏名 :	診療科病棟名 :	予測される退院日 : 平成 年 月 日	<input type="checkbox"/> 決定 <input type="checkbox"/> 予定
医師	退院後の治療計画	①治療について	<input type="checkbox"/> 在宅にて継続治療 → 次回訪問予定日 : 月 日 () 午前 ・ 午後		
			<input type="checkbox"/> 外来治療 (変化あれば必ず来院) <input type="checkbox"/> その他		
		②投薬有無	<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し		
		③退院の目安 (時期)			
	退院後療養上の留意点	④病状の見通し			
		①安静度	④その他		
②入浴の可否		<input type="checkbox"/> 日後可			
③就労の可否	<input type="checkbox"/> 可 (日後から) <input type="checkbox"/> 否				
看護師	寝たきり度 = <input type="checkbox"/> 正常、 <input type="checkbox"/> J 1、 <input type="checkbox"/> J 2、 <input type="checkbox"/> A 1、 <input type="checkbox"/> A 2、 <input type="checkbox"/> B 1、 <input type="checkbox"/> B 2、 <input type="checkbox"/> C 1、 <input type="checkbox"/> C 2				
	認知度 = <input type="checkbox"/> 正常、 <input type="checkbox"/> I、 <input type="checkbox"/> II a、 <input type="checkbox"/> II b、 <input type="checkbox"/> III a、 <input type="checkbox"/> III b、 <input type="checkbox"/> IV、 <input type="checkbox"/> M				
	食 事 = <input type="checkbox"/> 自立、 <input type="checkbox"/> 一部介助、 <input type="checkbox"/> 全介助、食形態 (常食 ・ きざみ ・ ブレンダー ・)				
	排 泄 = <input type="checkbox"/> 自立、 <input type="checkbox"/> 一部介助、 <input type="checkbox"/> 全介助、 <input type="checkbox"/> オムツ使用 (昼夜 ・ 夜間のみ)、環境 (一般トイレ ・ ポータブルトイレ ・ 尿器使用)				
	移 動 = <input type="checkbox"/> 自立、 <input type="checkbox"/> 見守り、 <input type="checkbox"/> 一部介助、 <input type="checkbox"/> 全介助、環境 (杖 ・ 車椅子)			入 浴 = <input type="checkbox"/> 自立、 <input type="checkbox"/> 一部介助、 <input type="checkbox"/> 全介助、 <input type="checkbox"/> その他 ()	
	更 衣 = <input type="checkbox"/> 自立、 <input type="checkbox"/> 修正自立、 <input type="checkbox"/> 一部介助、 <input type="checkbox"/> 全介助			整 容 = <input type="checkbox"/> 自立、 <input type="checkbox"/> 修正自立、 <input type="checkbox"/> 一部介助、 <input type="checkbox"/> 全介助	
リハビリ	PT	現在の能力 :			
		退院時到達予測ADL :			
	OT	現在の能力 :			
		退院時到達予測ADL :			
ST	現在の能力 :				
	退院時到達予測ADL :				
SW	退院時点の認定情報	介護保険申請 (申請中・新規・更新)	<input type="checkbox"/> 要介護状態等区分 : 要支援 (1・2) 要介護 (1・2・3・4・5) (有効期間 : 年 月 日 ~ 年 月 日)		
			<input type="checkbox"/> 要介護認定申請日 (年 月 日)、要介護認定結果は (年 月 日頃、保険者から交付される予定です)		
利用可能 (退院後必要) な訪問・通所サービス		<input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴介護 <input type="checkbox"/> 通所リハビリ <input type="checkbox"/> 短期入所 <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与 <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問薬剤指導 <input type="checkbox"/> 訪問栄養指導 <input type="checkbox"/> 訪問診療 <input type="checkbox"/> その他 ()			
参加者/退院後の主治医など		主治医	担当看護師	リハビリ担当	ケアマネ担当
		記載者	病院側参加者		