

医療介護連携支援シート

来院者様ご記入をお願いします。

来院者様（自署）他 名
事業所・施設・病院名

来院されている方の資格（来院者全員）

医師 看護師 薬剤師 管理栄養士 社会福祉士 理学療法士
作業療法士 言語聴覚士 ケアマネージャー その他（ ）

患者様名 様

ご来院日 （ 3A・3B・3C・4A・4B・4C・5A・5B・ICU ） 病棟

◎来院目的をお教えてください。

病棟看護師との情報交換 介護連携シート情報提供持参
リハビリ見学 施設入所前の調査
医師より病状説明の同席 カンファレンス参加
その他（ ）

★太枠内は当院スタッフ記入

〈カンファレンス〉

自宅、施設での様子を伺いました
入院中の様子について情報提供しました

〈内容〉

治療状況 バイタル 動作・移乗 食事（内容形態・摂取方法・トロミの有無）
入浴・清拭 排泄（トイレ・ポータブルトイレ・オムツ使用） 認知症
家族の思い リハビリの様子 退院の目処 退院後の医療行為、処置など
介護保険区分変更の必要
その他

病棟看護師・MSW・療養支援看護師・リハビリ（ ）

*この情報は病院内にて使用いたします。

病棟のスタッフへこの用紙を渡してください。面談後は当院のスタッフが記入しました用紙を患者支援センターへお持ちください。