

# 医療介護連携支援シート

ご記入をお願いします。

氏名 \_\_\_\_\_ 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 ケアマネジャー その他

患者様名 \_\_\_\_\_ (3A・3B・3C・4A・4B・4C・5A・5B)病棟

ご来院日 年 月 日

◎来院に関して患者の同意を得ていますか。

- はい いいえ

◎来院目的を教えてください。

- 情報交換 病棟看護師・担当療法士・その他( )  
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

- 入院前の自宅、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

- 病状(治療経過等) 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  
家族の意向 リハビリの様子 退院の目処 退院後の医療行為、処置など  
介護保険認定区分変更の必要性

その他

---

---

---

---

(病棟看護師・MSW・療養支援看護師・リハビリ) 氏名 \_\_\_\_\_

\*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。