

退・転院基準:安心して在宅・施設療養生活をおくることができる

今後予想される問題と対策

リハビリ総合実施計画書添付あり 記入者:

退院時カンファレンス \_\_\_\_\_ 出席者(病院・施設名): \_\_\_\_\_

家屋改造	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
安全管理	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
自主トレメニュー	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無

**退院時・家族への面談内容**

回復の見込みについて

今後のリハビリについて

その他

**退院時 本人・家族の希望**

**短期目標**

**長期目標**

<div style="border: 1px solid black; border-radius: 10px; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;">入院中のケア</div>	<div style="border: 1px solid black; border-radius: 10px; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;">在宅施設ケア</div>	<p style="text-align: center;">＜必要なサービス＞</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>①居宅療養管理指導</li> <li>②訪問看護</li> <li>③訪問介護</li> <li>④訪問リハビリ</li> <li>⑤通所リハビリ</li> <li>⑥通所介護</li> <li>⑦訪問入浴</li> <li>⑧配食サービス</li> <li>⑨ショートステイ</li> <li>⑩その他</li> </ul> <div style="border: 1px solid black; height: 80px; margin-top: 10px;"></div>
---	---	--

**急変時の緊急連絡先**

医療機関名 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

TEL \_\_\_\_\_

**在宅かかりつけ医**

医療機関名 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

TEL \_\_\_\_\_

私は上記の地域連携に基づく診療計画に関する説明を受けました。書かれた内容が病院・施設間の連絡調整等に使用されることに同意します。

説明、同意日:      年    月    日      本人か家族の署名: