

# 退院時情報共有シート（案）

医療機関名： \_\_\_\_\_

主治医： \_\_\_\_\_

（  介護支援連携指導 ・  退院時共同指導 ）

患者氏名	様	ID	作成日
生年月日	昭和 年 月 日 歳	性別	
面談日	令和 年 月 日	担当者	
出席者			

ご本人の意向	
ご家族の意向	

ADL	食事	排泄 昼	排泄 夜	入浴	備考	
	屋内 移動	屋外 移動	薬	口腔 ケア		
IADL	調理	洗濯	買物	掃除	通院	金銭 管理
介護保険					備考	
必要とされる 医療サービス						
退院後の 医療処置					備考	
退院後の 注意・留意 事項						
意思表示	記載	お渡し先				

退院予定日	年 月 日	送迎手配
訪問看護 (初回)	年 月 日	時
退院後の通院 訪問診療先	年 月 日	かかりつけ医

以上の内容で、入院医療機関の医療従事者、退院後の支援を担当する関係機関従事者と情報共有します。

私は上記の内容を介護支援専門員へ情報提供することに下記署名をもって同意します。

また、介護支援専門員が必要な各専門職（看護・薬剤・リハビリなど）からの情報提供にも同意します。

令和 年 月 日

ご本人・ご家族の署名（同意について）

（続柄）

※ご本人・ご家族へ原本をお渡しします。

※指導料算定には介護支援専門員との面談と介護（予防）サービス計画の添付が必要です。