【退院支援・在宅療養支援実施記録用紙】

施設名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　記録者（　　　　　　　　　　　　）

１．患者・家族への退院支援

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 実施者 | 対象者 | 実施日／支援内容 | 結果 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

２．施設内看護師や他職種との連携・協働

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 実施者 | 職種(職位) | 実施日／内容 | 結果 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

３．施設外看護師や他職種との連携・協働

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 実施者 | 職種 | 実施日／内容 | 結果 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

４．活用予定の医療・介護サービスの準備状況

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| サービス名 | 調整方法  (ケアプラン、自己購入、病院提供等) | 利用頻度(1月分) | 適応される社会保障制度・指導管理料等 | 月額自己負担額 |
| 例： インシュリン注射 | 薬剤・針：医師処方  衛生材料：病院提供 | 毎日（4回/日） | 在宅自己注射指導管理料 | \2,300 |
|  |  |  |  | \ |
|  |  |  |  | \ |
|  |  |  |  | \ |
|  |  |  |  | \ |
|  |  |  |  | \ |
|  |  |  |  | \ |

５．退院後の本人・家族の状況

|  |
| --- |
|  |

６．退院支援・在宅療養支援を通しての自己評価（よかったこと、難しかったこと、課題等）

|  |
| --- |
|  |