**シート③**記入日：　　年　　　　　月

**担当医**　　　　　　　　　　　　　　　　　居宅介護支援事業所

**病棟看護師**　　　　　　　　　　　　　　　担当ケアマネジャー

**地域連携室担当者**　　　　　　　　　　　　TEL　　　　　　　FAX

**医療と介護の連携シート（情報共有用）**

**退院予定日**

**医療機関（医師）からの見立て、変化の可能性についての内容**

（今後の見通し、急変の可能性や今後どんなことが起こりうるか（合併症）、よくなっていく方向か、ゆっくり悪化していく方向かなど）

**退院後の医療機関**　　　　　□ 訪問診療

□ 入院していた病院

□ 入院前のかかりつけ医

　　　　　　　　　　　　　□ その他の医療機関（　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

**入院中の服薬方法（支援内容等）**

□ 管理を含めて自分で服用できる　　　　□ 管理は必要だが手渡せば服用できる

□ 管理、服薬ともに支援が必要

**退院後に必要な事柄等（在宅生活を継続するための要件）**

必要な医療処置（例：点滴、在宅酸素療法 等）

看護の視点（現時点までの看護サマリー）

**リハビリの視点**

**禁忌事項**（例：塩分摂取量 1日7ｇ、水分摂取量 1日700cc、5分以上の入浴は禁止 等）

□ 有（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

□ 無

**その他**

令和3年2月作成