

# 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