



現在の障害の状況を説明します
 運動の障害 ()
 ことばの障害
 食べることの障害
 排尿の障害
 認知の障害
 意識の障害
 その他 ()
 以上の障害でリハビリが必要です
 説明者()
 同意サイン()

急性期(彦根市立病院)
 リハビリやケアの内容・見通し
 説明者()
 同意サイン()

回復期()病院
 リハビリやケアの内容・見通し
 説明者()
 同意サイン()

維持期()
 リハビリやケアの内容・見通し
 説明者()
 同意サイン()

在宅以外
 療養型の病院
 老人保健施設
 介護老人福祉施設 など

在宅
 ケアマネージャー
 訪問診療
 訪問看護
 訪問介護
 通所リハビリ

治療の継続・管理
 血圧のコントロール
 抗血小板薬
 ワーファリン(PT-INR)

コレステロールコントロール
 血糖コントロール
 栄養管理
 口腔ケア

胃ろう
 気管切開
 その他

※経過中に急変したときは急性期病院へ連携します

在宅生活に向けての
 患者様
 ご家族
 の目標や希望

急性期
 回復期
 維持期

在宅復帰、入所、転院などの際にはいろいろな準備が必要です。主治医や看護師、医療相談員に相談しましょう。

転院について <input type="checkbox"/> 転院相談・調整 <input type="checkbox"/> 転院予定先決定 <input type="checkbox"/> 転院先面接予定 H 年 月 日 <input type="checkbox"/> 転院日 H 年 月 日	介護保険について <input type="checkbox"/> 介護保険の説明 <input type="checkbox"/> 介護保険の申請 訪問調査日 H 年 月 日 認定結果 要支援()要介護()	転院について <input type="checkbox"/> ケアマネージャー決定 氏名: 事業所名: <input type="checkbox"/> 転院相談・調整 <input type="checkbox"/> 転院予定先決定 <input type="checkbox"/> 転院先面接予定 H 年 月 日 <input type="checkbox"/> 転院日 H 年 月 日	家屋調査・改修 <input type="checkbox"/> 調査H 年 月 日 <input type="checkbox"/> 住宅改修 要・不要 <input type="checkbox"/> 福祉用具 ベッド、車椅子、 スロープ、手すり	かかりつけの選択 <input type="checkbox"/> かかりつけ医 <input type="checkbox"/> 歯科医 <input type="checkbox"/> 薬局	<input type="checkbox"/> 退院カンファレンス H 年 月 日 <input type="checkbox"/> サービス担当者会議 H 年 月 日
--	--	---	--	--	--

注) 原本は、患者様・ご家族様にお渡ししますので、保管のうえ、転院先や退院後の支援機関に提示してください。 医療機関はコピーを保管します。