

平成30年度 退院調整等状況調査票

退院調整の状況及び医療機関(病院・有床診療所)と在宅(地域包括支援センター・居宅介護支援事業所)の連携実態等について記入してください。 調査票は人数分コピーして使用してください。

センター・事業所名			
所在地		電話番号	

- (1) あなたの平成30年6月1日～30日の1か月間の担当利用者 **要支援** _____人 **要介護** _____人
- (2) 担当利用者(在宅医療を受けている人)のうち、休日・夜間の連絡先ルール(個別のルールを含む。)について、家族や専門職等の関係者間での共有状況
在宅医療を受けている _____人 → **そのうち、連絡先ルールが共有されている** _____人
- (3) 担当利用者のうち平成30年6月1日～30日の1か月間に、病院(有床診療所含む。)から退院した利用者 _____人
- (4) (3)の担当利用者ごとの状況について下の表に記入してください。

1
枚
目
の
み
記
入

	①	②	③	④	⑤		⑥	⑦	⑧	⑨
利用者	要介護度	世帯構成	入院の原因となった主な病名	病院からの退院調整連絡の有無	連絡の時期と方法		④の回答が有の場合カンファレンスの有無	⑥の回答が有の場合病院医師の参加有無	⑧の回答が有の場合ケアマネ又は地域包括支援センター職員の参加有無	退院病院名(有床診療所含む)
例	要支援(1・2) 要介護(1・ 2 ・3・4・5)	同居・独居	心疾患	有・無	期日に余裕あり 困るほど直前	TELのみ 連絡シートあり	有・無	有・無	有・無	〇〇病院
1	要支援(1・2) 要介護(1・2・3・4・5)	同居・独居		有・無	期日に余裕あり 困るほど直前	TELのみ 連絡シートあり	有・無	有・無	有・無	
2	要支援(1・2) 要介護(1・2・3・4・5)	同居・独居		有・無	期日に余裕あり 困るほど直前	TELのみ 連絡シートあり	有・無	有・無	有・無	
3	要支援(1・2) 要介護(1・2・3・4・5)	同居・独居		有・無	期日に余裕あり 困るほど直前	TELのみ 連絡シートあり	有・無	有・無	有・無	