

患者氏名	(自動入力)	ID	(自動入力)	生年月日	(自動入力)
------	--------	----	--------	------	--------

退院支援加算 有 無

同居家族：

キーパーソン：

希望退院先：自宅 老健 療養病院 その他

主介護者：

介護者状況：問題なし 高齢 病弱 仕事あり 育児・介護等で多忙

介護保険：未申請 申請中 申請済み（要支援 1 2 要介護 1 2 3 4 5）

ケアマネジャー：無 有（ _____ ）

かかりつけ医：無 有（ _____ ）

障害の受容（本人）：良い まずまず良い あまり良くない 悪い

障害の受容（家族）：良い まずまず良い あまり良くない 悪い

本人の希望：

家族の希望：

経済状況：問題なし 問題あり

在宅環境整備、社会資源活用の必要性 高い 低い

維持期医療機関：

備考（上記情報についての詳細、その他の情報等）