

様 退院前カンファレンスチェックシート

事前確認（予定）

すずらん初回訪問日 NS： 月 日（ ） 時 分～ 定期訪問： 曜日  
 リハ： 月 日（ ） 時 分～ 定期訪問： 曜日  
 退院後主治医（ ）（ ） Dr） 初回診察日 月 日（ ）

カンファレンス

月 日（ ） 時 分～ 場所：

参加者：

病棟での様子

病状説明（ / ）内容：  
 本人・家族の理解・受け止め：  
 本人・家族の希望・要望：

ADL：

精神面・認知機能：

食事：

排泄排尿：

排便状況：

コントロール方法：

睡眠：

眠剤 あり・なし

保清：

皮膚・褥瘡：

疼痛：

コントロール方法：

リハビリ：

内服管理：

処置：

持ち帰り物品確認：

その他：

退院後について

サービス予定表

| 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | 日 |
|---|---|---|---|---|---|---|
|   |   |   |   |   |   |   |

訪問目的・その他

緊急対応の希望： 有 ・ 無

契約： 未 ・ 書類のみお渡し済み ・ 済

保険確認：医療保険 身障：有（ 級）・無 精神自立：有・無 介護保険：有（ ）・無

指示書依頼（口頭）： 未 ・ 済

退院支援（退院日当日訪問）： 有 ・ 無

（医療保険のみ。別表 7.8 以外の利用者は指示書にその旨記入してもらおうよう依頼してください。）

加算用紙記入 済

担当者会議日程 月 日（ ） 時 分～ 場所：

すずらん 初回介入日（確定） 月 日（ ） 時 分 ～ NS ・ リハ

本人・家族へ訪問日時をお伝え： 未 ・ 済