　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（別紙５）

退院時共同説明・指導書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

退院後の在宅医療に関して必要な医療・介護サービスについて関係者で検討した内容です。

　　患者氏名　　　　　　　　　　様

　【退院支援に関わるカンファレンス出席者】

　○本人　　　　　　　　　　　　　様

　○家族　氏名　　　　　　　　　　様　　続柄

　○退院後の在宅療養を担う医療機関　　　　　　○豊橋市民病院

　　　　医療機関名　　　　　　　　　　　　　　　　主治医氏名

　　　　医　師　　氏名　　　　　　　　　　　　　　病棟看護師氏名

　　　　看護師　　氏名　　　　　　　　　　　　　　理学療法士氏名

　　　　薬剤師　　氏名　　　　　　　　　　　　　　作業療法士氏名

○訪問看護ステーション　　　　　　　　　　　　　言語療法士氏名

　　　事業者名　　　　　　　　　　　　　　　　退院調整看護師氏名

　　　職種　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　医療ソーシャルワーカー氏名

　　　職種　　　　　　氏名

○居宅介護支援事業所　　　　　　　　　　　　 ○その他

　　　事業者名

　　　氏　　名

|  |
| --- |
| 説明及び指導内容 |

　　　　　　　　　【連絡先】　豊橋市民病院

　　　　　　　　　　　　　　　電話　0532－33－6111（代）内線