

退院移行支援の手引き【追加:特別な配慮を要する場合】

チェックリスト

患者氏名

生年月日

退院調整担当者

I 確認事項

備 考

1.問題と対策

- / 1)問題の明確化
- / 2)対策の検討
- / 3)窓口となる主支援担当者
- / 4)セーフティーネットの準備



患者氏名	生年月日	退院調整担当者
------	------	---------

Ⅱ. 関係機関との連携	備 考
1.医療機関	
<input type="checkbox"/> / 1)かかりつけ医	
<input type="checkbox"/> / 2)親のかかりつけ医	
<input type="checkbox"/> / 3)再入院医療機関	
2.行政機関	
<input type="checkbox"/> / 1)市町村 母子保健担当保健師	
<input type="checkbox"/> / 2)保健所 精神保健担当保健師	
<input type="checkbox"/> / 3)児童相談所	
<input type="checkbox"/> / 4)市町村 生活保護担当	
3.その他の連携機関	
<input type="checkbox"/> / 1)訪問看護ステーション	
<input type="checkbox"/> / 2)産後ケア施設	

