フェイスシート

退院支援のための医療と福祉の連携シート

* 対象者　（必要時、基本情報を添付すること）

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ふりがな** |  | | | | | | **病名** |
| **氏名** |  | | | | | |  |
| **性別** | □男性　□女性　□(　　) | | **生年月日（年齢）** | | （　　歳） | | |
| **住所** | 〒９８９－２４ | | | | | | |
| **電話** | 自宅 |  | | 携帯 | |  | |
| 緊急時連絡先（キーパーソン） |  | （　　　歳） | | 対象者との関係 | | □家　族（本人との続柄：　　）  □その他（　　　　　 　　　　） | |
| 住所 |  | | | | | |
| 電話 | 自宅： | | 携帯： | | | |

**〔本人（家族）の同意について〕**地域と医療が入院中から連絡、情報共有することについて

　□本人（家族）の同意を得ている。

　□本人（家族）の同意を得ていない。→□今後同意を得る予定(担当：　　　　　)　□心身状況等から不可能　□拒否あり

* 家族構成（ジェノグラム）と関係性等
* 生活の課題
* 地域の支援機関一覧　　◎→地域の主担当機関（情報の集約先）

|  |  |
| --- | --- |
| 機関名（担当者） | 電話番号 |
| （　　　　　　　　　　） |  |
| （　　　　　　　　　　） |  |
| （　　　　　　　　　　） |  |
| （　　　　　　　　　　） |  |

* 初回　支援者会議（　　　　年　　　月　　　　日）

参加者：

|  |  |
| --- | --- |
| 入院日 | 年　　　　月　　　　日　　〔任意・医療保護・措置〕 |
| 入院の要因 |  |
| 医療機関の担当 | 医療機関名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　☏〔　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〕  医師〔　　　　　　　　　　　　　　　〕　相談員〔　　　　　　　　　　　　　　　　　〕 |
| 退院支援の必要性 | 有（理由は下記に〇）　・　無（理由：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  | ①退院後の治療継続が困難 |  | ②退院先がない |  | ③収入・生活費のこと | |  | ④サービス調整(福祉・介護) |  | ⑤家族との関係不和 |  | ⑥家族の支援・退院拒否 | |  | ⑦仕事探し、就職について |  | ⑧地域との関係不和 |  | ⑨子育て支援(虐待含む) | |  | ⑩家族との関係について |  | ⑪本人が退院を希望しない |  | ⑫ | |  | ⑬ |  | ⑭ |  | ⑮ |   該当する課題に〇  【備考】 |
| 退院支援の方向性 | |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | 課題番号 | 対応 | 担当 | いつ | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |
| 次回モニタリング | 【時　期】　年　　月　　日  【担い手】  【手　法】  【その他】 |

|  |  |
| --- | --- |
| **記入者** | 所属〔　　　　　　　〕氏名〔　　　　　　　　　　〕 |

* モニタリング（　　　　年　　　月　　　　日）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 課題番号 | 対応 | 担当 | いつ | 結果 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 次回モニタリング | 【時　期】　年　　月　　日  【担い手】  【手　法】  【その他】 |

|  |  |
| --- | --- |
| **記入者** | 所属〔　　　　　　　〕氏名〔　　　　　　　　　　〕 |