

高次脳機能障害 退院時情報提供チェックシート

回復期リハ病棟で、提供先の線引き・説明同意・文書提供記録を1枚で確認するためのシートです。

患者ID	評価日	担当者	退院予定日

1. 対象・説明・同意の確認

<input type="checkbox"/> 対象判定 高次脳機能障害が生活課題に影響	<input type="checkbox"/> 情報把握 支援センター・医療機関・事業所等を確認
<input type="checkbox"/> 説明 患者・家族等へ退院後支援情報を説明	<input type="checkbox"/> 同意 文書提供の同意方法を記録
<input type="checkbox"/> 提供先確認 退院後にリハ利用予定あり	<input type="checkbox"/> 対象外確認 受診のみ・ケアプランのみを除外

2. 提供先の線引き

区分	含める先	含めない先
医療保険	退院後にリハを利用する保険医療機関	単なる受診予定の医療機関
介護保険	訪問リハ・通所リハ・介護予防リハ・介護保険施設での適切なリハ	ケアプラン作成予定のみの居宅介護支援事業所等
障害福祉	生活介護等のうちリハ利用予定がある事業所・施設	生活支援のみでリハ利用予定が未確認の先

3. 文書提供時の記録7点セット

✓	記録項目	記入欄・メモ
<input type="checkbox"/>	対象判定	高次脳機能障害の生活影響：
<input type="checkbox"/>	説明実施	説明日・説明者・同席者：
<input type="checkbox"/>	同意確認	同意方法（口頭・書面）／取得者：
<input type="checkbox"/>	提供先区分	医療保険・介護保険・障害福祉・対象外：
<input type="checkbox"/>	提供先名称	正式名称：
<input type="checkbox"/>	提供内容	計画書等／機能・行動特性・配慮：
<input type="checkbox"/>	提供実績	提供日・方法・担当者：

4. 申し送り・次回確認メモ

ex) 退院後の再評価日、注意・記憶・遂行機能面の配慮、連絡条件など

