

退院移行支援の手引【追加：ターミナル期の場合】

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. 家族関係・環境

- / 1) 患児家族の病状に対する理解
- / 2) 家族の心理面的受け入れ
- / 3) 患児・家族の希望：バケツトリストの確認
- / 4) 地域の社会資源

2. 最期の意向

- / 1) DNRの確認
- / 2) 最期の場所の確認



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・薬局

- / 1)訪問診療医（かかりつけ医）（麻薬使用の可否）
- / 2)薬局（麻薬・抗がん剤等）
- / 3)入院対応医療機関（麻薬使用の可否）
- / 4)緩和ケア・レスパイト対応医療機関
- / 5)セカンドオピニオン医療機関

2.在宅サービス機関

- / 1)訪問看護ステーション（在宅看取りの可否）
- / 2)訪問リハビリテーション機関（ターミナル期のリハビリの可否）
- / 3)訪問介護（在宅看取りの可否）
- / 4)インフォーマルサービス

