

住出院支援準備指南



住出院之醫療・護理協作相關報酬

住院時支援加計 1 (230 點) 2 (200 點)

●針對加計住出院支援之患者，

①於住院前進行下列A)至H)事項

②擬定住院中療養支援計劃

③與患者及預計住院病房之職員共享資訊

【A)、B)、H)為必須進行事項】

A) 掌握包含身體方面、社會關係、精神方面背景之患者資訊


B) 掌握住院前使用之照護服務・社會福利服務

C) 評估褥瘡相關風險因素

D) 評估營養狀態

E) 確認服藥中之藥劑

F) 評估有無困難出院要素



照護支援等協作指導費(2次為限)(400點)

●住院中醫療機構醫師等，協同住院前便負責事務之照護支援專員等，就患者於出院後欲使用之服務等進行說明及指導

住出院支援加計

針對有困難出院要素之患者，進行出院支援時加計

1 (一般 700點 療養1300點)

● 於3天內列出困難出院患者。7天內與患者本人・家屬進行面談、召開會議

2 (一般190點、療養635點)

● 7天內列出困難出院事例。儘早與患者本人・家屬

診療資訊提供費 I (250 點)

● 於出院日前後2週內之期間提供診療資訊

●對加計照護支援等協作指導費之患者，不可加計出院前之診療資訊提供費

出院前居家療養指導管理費(120點)

出院前訪問指導費(580點)

出院時復健指導費(300點)

出院時藥劑資訊管理指導費(90點)

出院後訪問指導費(580點+加計20點)

新增】出院時藥劑資訊協作加計(60點)

修正】①藥劑綜合評估準備加計(100點)

②藥劑準備加計(150點)

新增】營養資訊提供加計(50點)

出院時共同指導費 2 (400點+300點或2000點)

●由住院中醫療機構醫師等，協同出院後負責居家療養之醫師等，進行出院後居家療養必要之說明・指導，以書面提供資訊者(400點)

● 由住院中醫療機構醫師協同負責居家療養醫師指導(300點)

● 由住院中醫療機構醫師等，協同出院後負責居家療養醫師等3者以上進行指導(加計2000點)所謂3者為：

①負責居家療養之醫療機構醫師或護理師等 ②牙醫師或接受牙醫師指示之口腔衛生師

③健保藥局藥劑師④訪問照護站之護理師等(準護理師除外，物理治療師、職能治療師、言語治療師)



居家照護支援費

	照護1・2	照護3・4・5	辦理件數
(I)	1076 單位	1398 單位	不到40件部分
(II)	539單位	698單位	40件到60件部分
(III)	323單位	418 單位	超過60件部分

住院時資訊協作加計

1 (200單位)

● 於住院後3天內提供資訊

2 (100單位)

● 於住院後7天內提供資訊

出院・離所加計

●於出院・離所時與醫療機構等職員進行面談，在獲得使用者必要相關資訊後，由醫療機構擬定照護計畫、準備居家服務等

●召開會議之要件

出席者為住院中之醫療機構醫師等+出院時共同加計2之

資訊蒐集方式	A	B
	會議以外	會議(1次以上)
加計(I)	資訊蒐集1次 450單位	資訊蒐集1次 600單位
加計(II)	資訊蒐集2次以上 600單位	資訊蒐集2次 750單位
加計(III)		資訊蒐集3次以上 900單位



延緩照護需求支援費(住出院時不加計)

支援需求1或2 | 438 單位 |

居家患者發生緊急狀況時之會議報酬


●醫科診所 居家患者發生緊急狀況時等之會議費 200點

●牙醫診療 200點

●健保藥局 居家患者發生緊急狀況時等共同指導費 700點

●訪問照護站 居家患者發生緊急狀況時等會議加計 2000日圓

於住家或患者等期望之處進行協同會議



失智症團體家屋

出院・離所前協作加計(246單位/天:6天為限)

●出院後再次入住時重整入住體制時

初期加計(30單位/天:30天內)

重新計算初期加計

● 超過30天後，於醫院等地住院後再次入住時亦可重新

離所前諮詢支援加計(400單位)

●離所後欲使用居家服務等而進行諮詢，並向地方全方位支援中心等提供資訊時

老人安養院・老人照護設施・

初期加計(30單位/天:30天內)

● 為習慣入所生活之支援相關費用

再次入所時之營養協作加計(200單位/次)

●由設施及醫院之營養師協作，進行再次入所之營

住出院支援對象之患者

●惡性腫瘤、失智症或誤嚥性肺炎等急性呼吸器感染症

●緊急住院 ●反覆住出院 ●出院後必須進行醫療處置

● 未申請照護需求認定 ●生活困頓者 ●需要協助排泄者

●受到虐待或有被虐待之疑慮者

● 與住院前相較，其ADL(日常生活活動)低落，必須在出院後重整生活模式者

● 無論有無同居者，無法獲得充分必要之養育或照護者

特定機構

出院・離所協作加計(30單位/天)

● 若自醫院等地入住，可計為30天內

● 超過30天後，於醫院等地住院後再次入住時亦同

診所

醫院

出院前共同指導費 1

● 就負責出院後居家療養之醫療機構，加計一次

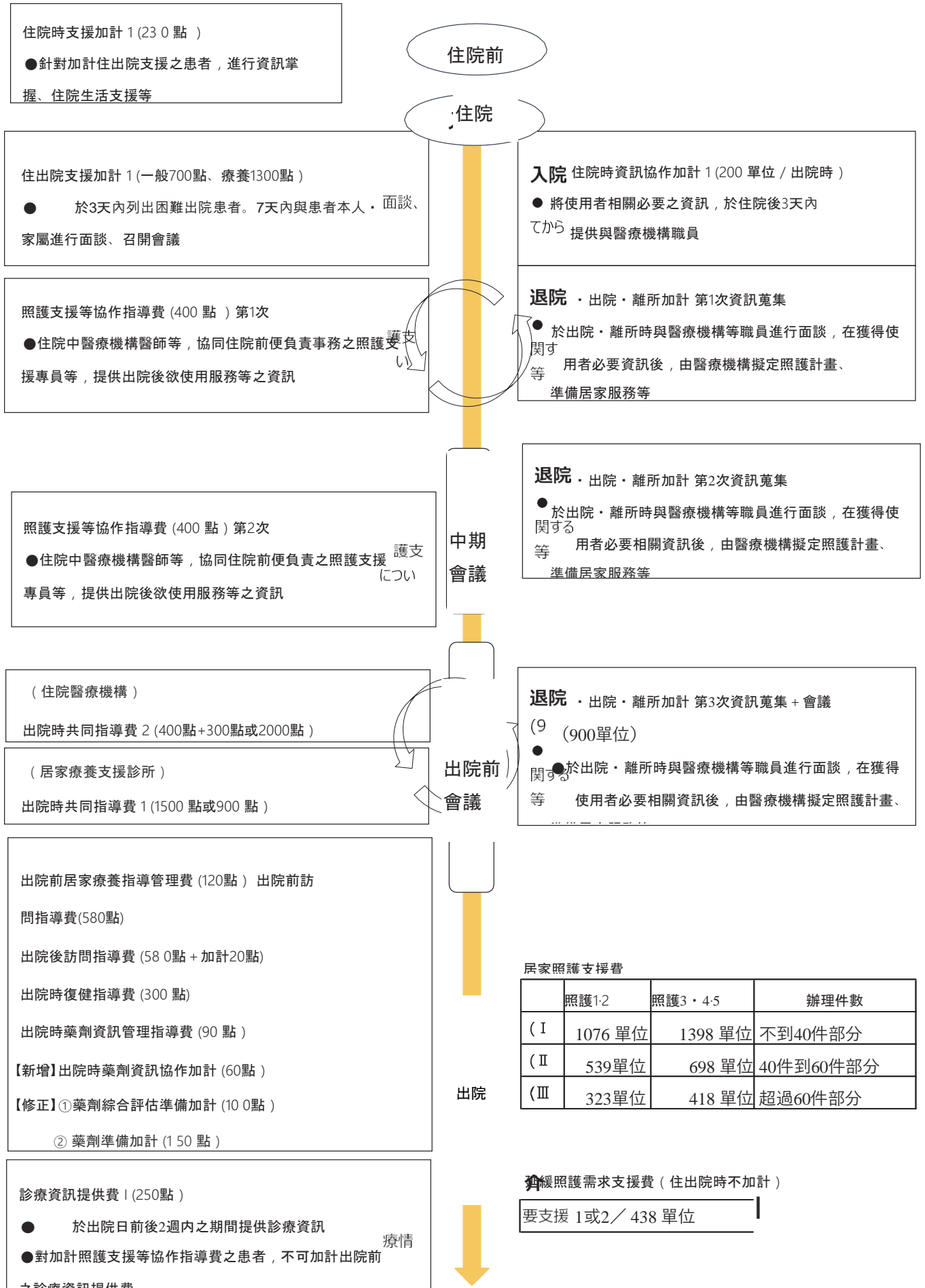
住院中 居家療養支援診所計1500點

上述以外計900點

住出院之醫療・護理協作相關報酬（例）

診療報酬

照護報酬：居家照護支援



日常生活或周遭是否有令人困擾、需要協助的地方？

有關填寫者

- 獨居
- 高齡者家庭
- 與子嗣等家屬同居

是什麼樣的困擾？

- 下半身變得孱弱
- 容易跌倒
- 如廁困難
- 沐浴
- 就醫
- 採購日常用品
- 少有外出機會
- 準備餐食
- 掃除·收拾
- 倒垃圾
- 洗衣
- 除雪
- 日常裡的一點小事
- 經濟方面之諮詢
- 儲蓄之存提
- 忘東忘西頻率變高

需要協助之處為何？

- 想諮詢困擾之處
- 想裝設扶手
- 想要借用床舖
- 採購行動廁所
- 協助如廁
- 協助沐浴
- 陪同就醫
- 採購日常用品
- 陪同外出
- 準備餐食
- 掃除·收拾
- 洗衣
- 除雪
- 日常裡的一點小事
- 儲蓄之存提

- 體能不好
- 想就病症諮詢
- 疑患有失智症

首先請與頻繁往來之醫師討論

介紹

專科醫師介紹

照護保險服務種類

- 居家服務 ● 地區近身型服務 (部分)
- ・送所照護 ・小規模多機能型居家照護
- ・送所復健 ・團體家屋
- ・訪問照護
- ・訪問復健 ● 設施服務 (部分)
- ・訪問照護 ・老人安養院
- ・短期入所 ・老人保健設施
- ・住家裝修

需要照護服務嗎？

是

請申請
照護需求認定

否

無須照護需求認定亦可使用之服務

* 部分摘要
* 各項服務有其使用條件

- 魚沼市事業
- ・家屬照護用品 (紙尿布) 供給事業
 - ・臥床老人等照護津貼支付事業
 - ・緊急通報體制等整備事業
 - ・送餐服務
 - ・外出支援服務事業
 - ・回春訓練教室
 - ・生存喜悅活動支援送所事業
 - ・輕度生活支援事業 (派遣照服員)
 - ・輕度生活支援事業 (協助除雪)
 - ・生活管理指導短期住宿事業

- 魚沼市社協 (社會福祉協議會) 事業
- ・生活相關諮詢
 - ・日常生活自理支援事業
 - ・地方飲茶室事業
 - ・福利資金之借貸
 - ・愛與奉獻隊
- 照護保險所不支應之日常生活協助
- 日常生活中出現「有點困擾」的人

- 民間服務
- ・平價老人之家
 - ・附服務高齡者住宅

填寫日期 (年月)	
姓名	
地址	

緊急聯絡人		
關係	姓名	電話號碼

< 發生困擾、需要協助時之諮詢窗口 >

地區全方位支援中心	負責區域	電話
南部地區全方位支援中心	小出・湯之谷地區	025-793-7337
西部地區全方位支援中心	堀之內・廣神 (菟神地區)	025-794-6001
北部地區全方位支援中心	廣神 (廣瀨地區)・守門・	025-793-7075

照護需求認定之申請 諮詢	電話
魚沼市公所照護福利課照護保險組	025-792-9755
北部事務所 (北部廳舍)	025-797-2311

有點困擾・需要協助之事	電話
魚沼市社會福祉協議會	025-792-8181
魚沼市銀髮人才中心	025-792-3778

人權維護・成人監護制度	電話
魚沼市公所照護福利課高齡福利組	025-792-9755
魚沼市社會福祉協議會	025-792-8181

- ・日常生活自理支援事業
- 若因失智症等對自身判斷存疑，由社協之生活支援專員協助進行。
- ・協助運用社會福利服務

- ・成人監護支援事業
- 成人監護制度相關諮詢・支援，或由魚沼市社協以法人身份擔任監護人等，執行財產管理或照護服務等之契約

< 聯絡我們 >

- 魚沼市事業...魚沼市公所照護福利課高齡福利組
- 電話 025-792-9755
- 魚沼市社協事業...魚沼市社會福祉協議會

居家照護基礎知識

醫療保險と介護保険 適用保險之種類

年齡	狀態			保險種類		
0~39歲				醫療	精神科居家照護	
40~64歲	16種特定疾病1)	符合	照護需求・支援需求認定	符合		介護
		不符合		不符合		醫療
65歲以上	照護需求・支援需求認定		符合	符合	介護	
			不符合	不符合	醫療	

醫囑

醫囑種類	醫囑開立日	有效期限
居家照護醫囑單(醫療保險・日本介護保)	非診療日亦可開立	6個月
特別居家照護醫囑單3)(醫療保險)	診療日	診療日起14天內
精神科居家照護醫囑單		6個月

居家照護對象

- 醫師判斷有必要即可 → 醫囑
- 無就醫困難者亦可
- 未接受居家醫療者亦可
- ▼ 僅為一時惡化者不在對象範圍

日本介護保險之居家

- 可編入照護計畫範圍者，無加計限制
- ① 可安排1天數次
- ② 可每天使用服務
- ③ 可採用2處以上之照護站，惟護理

1) 16種2號被保險者可申請日本介護保險之特定疾病

- 末期惡性腫瘤(癌) ◆◆→特別診, 附表7
- 類風溼關節炎 ★→指定難病
- 肌萎縮性側索硬化症 (ALS) ◆★
- 後縱韌帶骨化症 (OPLL)
- 導致骨折之骨質疏鬆症
- 初老期發生之失智症 (阿茲海默病、血管性失智症、路易氏體失智症等)
- 帕金森氏症相關疾患 ◆★
(進行性上眼神經核麻痺症、大腦皮質基底核退化症、帕金森氏症)
- 脊髓小腦變性症 (SCD) ◆★
- 腰椎狹窄症
- 早衰症 (維爾納症候群等)
- 多重系統退化症 ◆★ (紋狀體與黑質體退化症、橄欖核橋腦小腦萎縮症、Shy-Drager症候群)
- 糖尿病神經病變、糖尿病腎病變及糖尿病性視網膜病變
- 腦血管疾患 (腦出血、腦梗塞等)

- ① 1天1次 (約90分) 為限
 - ② 每週3次為限
 - ③ 原則上採用1處照護站，護理師1人
- ▼ 惟特殊情况不在此限
- 開立特別居家照護醫囑單3)
 - 日本厚生勞動部長公告之疾病等(特別診 附表7)4)
 - 日本厚生勞動部長公告之狀態等(特別診 附表8)5)
- ↓
- ① 天數次
 - ② 每週4天以上
 - ③ 採用2處或3處照護站(有每日居家照護需求時)
 - ④ 數名護理師
 - ⑤ 出院當天之照護 若為b)及c)之情況：外宿日之居家照護(2次為限)
- ①~⑤=符合醫療保險(特)

2) 精神科居家照護 (不包括失智)

- 不限年齡，依據精神科居家照護醫囑單進行居家照護 ● 精神科特別居家照護醫囑單
- ① 以每週至多3天為原則 ①每月1次為限，自急性惡化當天起至7天內
- ② 出院後3個月內以每週5天為限 /期間，則以1天1次為限計算

3) 特別居家照護醫囑單

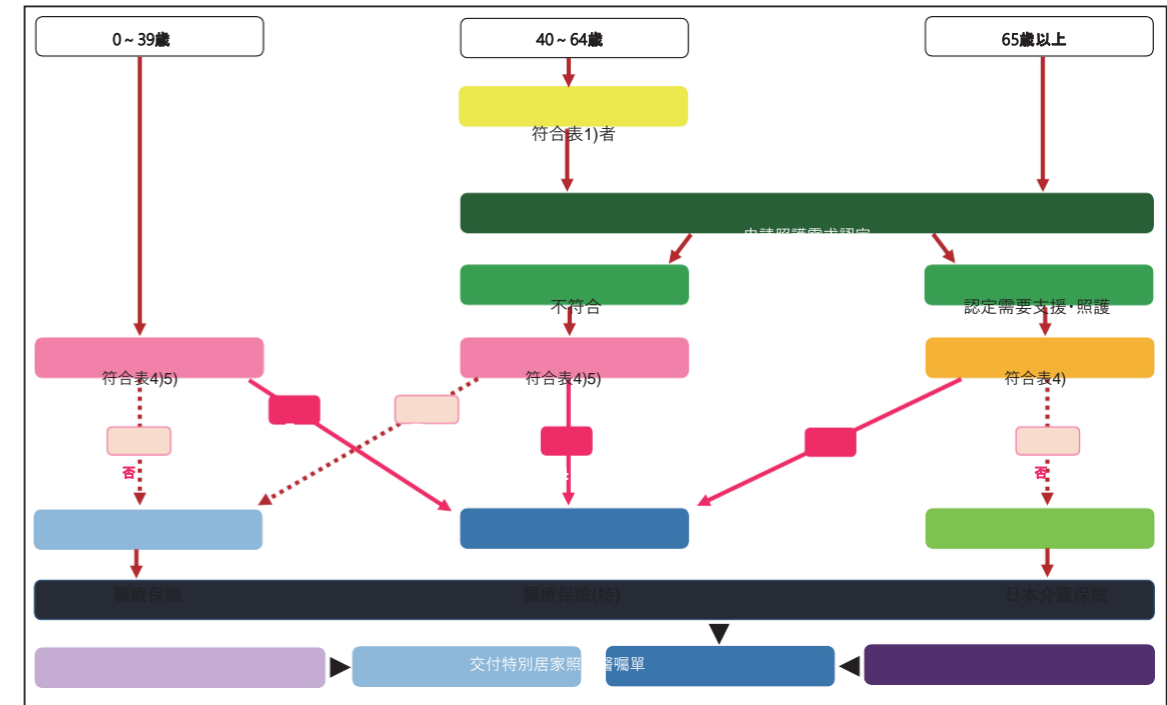
- 可開立之正當理由
- ① 急遽惡化時
- ② 臨終階段
- ③ 出院時
- 開立
- ① 每月1次，有效期間14天
- ② 氣管切開、褥瘡超過真皮層則可每月開立至多2次
- 可開立內容
- ① 天數次 ② 每週4天以上
- ③ 使用2處以上照護站
- ④ 採用多名護理師

18. AIDS (後天免疫缺乏症候群)
19. 脊椎損傷
20. 使用人工呼吸器者

4) 日本厚生勞動部長公告之疾病等 (特別診)

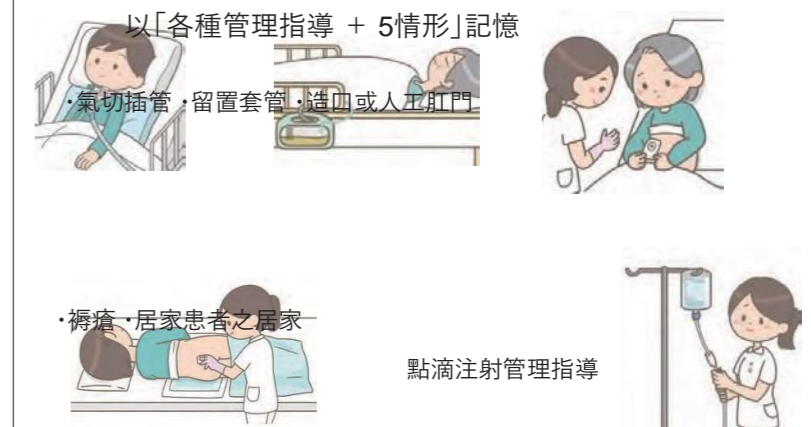
- 末期惡性腫瘤★→指定難病
- 多發性硬化症★
- 重症肌無力症★
- 亞急性脊髓視神經症
- 肌萎縮性側索硬化症 (ALS) ★
- 脊髓小腦變性症 (SCD) ★
- 亨丁頓氏舞蹈症★
- 進行性肌萎縮症
- 帕金森氏症相關疾患★ (進行性上眼神經核麻痺症、大腦皮質基底核退化症、帕金森氏症：嚴重度第三級以上・生活功能障礙第二級以上)
- 多重系統退化症★ (紋狀體與黑質體退化症、橄欖核橋腦小腦萎縮症、Shy-Drager症候群)
- 傳播性海綿樣腦症★
- 亞急性硬化性全腦炎★
- 溶小體儲積症★

居家照護對象參照表



5) 日本厚生勞動部長公告之患者狀態等 (特別診, 見附表8)

- 處於以下狀態者
 - 接受居家惡性腫瘤患者指導，或是居家氣切患者指導中
 - 氣切插管，或氣切套管留置居家使用中
- 接受下述指導管理者
 - 居家自行腹腔熱化療
 - 居家血液透析
 - 居家氧氣療法
 - 居家全靜脈營養治療
 - 居家經管營養法
 - 居家自行導尿
 - 居家人工呼吸
 - 居家持續性陽壓呼吸療法
 - 居家自行控制疼痛
 - 居家肺高壓患者
- 設置人工肛門或人工膀胱者
- 褥瘡超過真皮層
- 加計居家患者之居家點滴注射管理指導費者



難病之醫療費補助

難病及指定難病之概念說明

《難病法》定義之難病 ○《難病法》中定義難病為「發病機制不明確，治療方法尚未確立並且需要長期療養之罕見疾病」，並推動廣泛疾病之調查研究及患者支援等。

○此外根據該法，針對患者人數等有特定條件之難病，提供醫療費補助。

難病

- 發病機制不明確
- 治療方法尚未確立
- 罕病
- 必須長期療養

不就患者數量等設限，
而是廣泛針對其他政策體系尚未確立之疾病
推動調查研究、患者支援

--

例：惡性腫瘤已於《癌症對策基本法》列為系統性政策實施對象

指定難病

難病種類中，若有以患者處境而言，
有高度必要確保其具品質且適當之醫療者，
在滿足下列所有條件下，
聽取厚生科學審議會意見後，由厚生勞動部長指定為指定難病

- 日本國內患者人數未達到一定數量(註)
- 已確立客觀診斷標準(或以其為準者)

(註)根據厚生勞動省法令，約相當於人口之千分之一(0.1%)

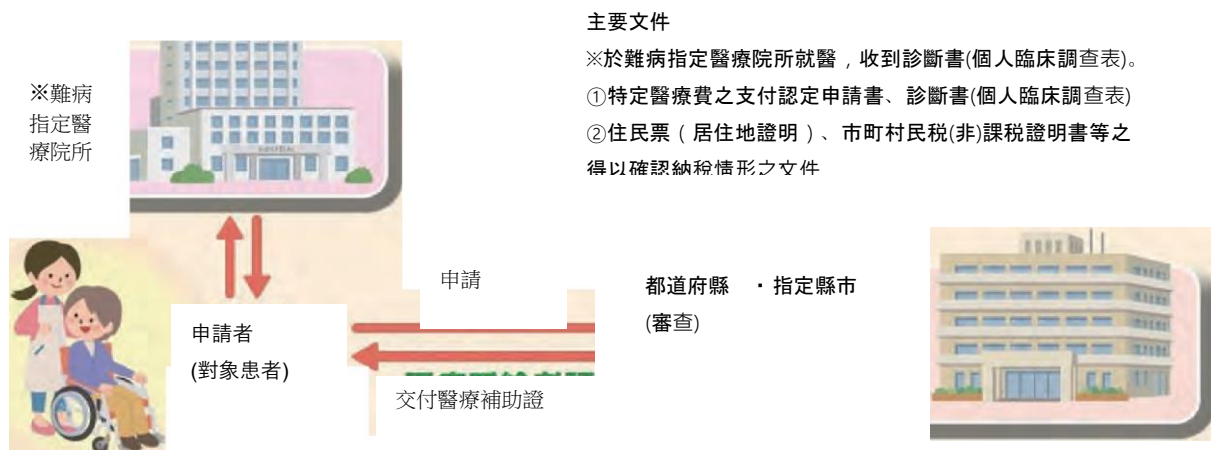
醫療費補助對象

公告338號之疾患
(令和3年(2021年)11月1日起)

(厚生勞動省資料)

難病・指定難病之申請 申請窗口為衛生局。若認定為指定難病，則將發予醫療補助證。

難病指定醫療院所：請於難病資訊中心官網查詢，或洽詢住家當地之都道府縣、指定縣市之窗口。



醫療補助證之有效期間

原則上為都道府縣・指定縣市所規定之申請日起1年內期間，必須每年申請更新。

有鑑於新冠肺炎之影響，關於特定醫療費之支付認定，厚生勞動省已向各都道府縣・指定縣市提供以下指南：

於緊急事態宣言等被發佈為對象地區、在補助證有效期內無法提出補助認定申請者，於提出該申請前應視其現行補助認定為有效，為醫療費補助之對象；且於日後提出診斷書等文件後，在受理方面等可依據個別狀況彈性應對。

②對於地方政府自行宣佈緊急事態等之地區，可採取與第1點相同之處理方式。③其他地區：若為因申請須前往第1點及第2點所述地區之醫療機構就醫者，可參考第1點指南彈性應對。

(資訊) 難病資訊中心：難病補助證之申請至交付流程

指定難病一覽表 (厚生勞動省官網) www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/.../0000084

* 1【判斷是否進行出院支援・準備】

若符合下列任一可能導致困難出院之因素，則由出院支援共同會議決定協作室是否介入。若有介入必要，則擬定「出院支援計畫書」，且明確指出「出院支援」與「出院準備」之差異。

出院支援。。。患者了解自身之疾病或身心障礙，出院支援在於協助患者自行決定出院後必須持續接受治療或照護時，在何處進行療養

出院調整。。。為讓患者能實現自身決定，出院調整在於考量患者・家屬意向後，在環境、物品與社會保險制度或社會資源之結合上，進行管理

【需要出院支援・準備之因素】

- ① 惡性腫瘤、失智症或誤嚥性肺炎等急性呼吸器感染症
- ② 緊急住院
- ③ 疑有照護需求卻未申請日本介護保險
(《照護保險法》・限於患有特定疾病之40歲以上未滿65歲者 以及65歲以上者)
- ④ 受到家屬或同居者虐待，又或有該疑慮
- ⑤ 生活貧困
- ⑥ 與住院前相較，其ADL(日常生活活動)低落，必須在出院後重整生活模式
(推測為必須重整)
- ⑦ 有排泄照護需求
- ⑧ 無論有無同居者，無法獲得充分必要之養育或照護
- ⑨ 出院後必須進行醫療處置(包括胃造口等之經管營養法)
- ⑩ 反覆住出院
- ⑪ 推測患者即使進行住院治療，亦會處於長期低營養狀態
- ⑫ 對家屬進行日常協助或照護者為兒童等
- ⑬ 受到兒童等之家屬之日常性協助或照護等
- ⑭ 其他依據患者狀況判斷，相當於①~⑬項者

【何謂院內會議】

○住出院支援共同會議

患者住院後3天內，由病房Ns·出院準備Ns·醫務社會工作者進行會議，確認支

持計劃，並討論相關事項。

○復健觀摩

集合家屬·CM，必要時邀請其他服務機構參加，於病房或復健中心，確認患者本人之復健情況。

考量住院前情況、住家現況，進行出院課題統整。

○中期會議

集合患者·家屬·CM，必要時邀請其他服務機構參加。以確認下列項目為目的召開：資訊交流、患者本人及家屬之意向·決定方針·出院後課題及必要支援·出

○出院前會議

集合患者·家屬·CM·醫師，必要時邀請其他服務機構參加。院內員工報告現狀，會中就出院後課題及必要支援·出院後使用服務，進行最終確認；決定出院

※院內員工會議

為依循患者·家屬意向，統一院內員工支援方向，於會中共享資訊·確認各職之分工·日後計畫。會議參加者為與患者·家屬相關之院內負責人員，CM可能出席會議。依據個案狀況，於必要時召開。

※2號病房大樓每週四召開骨科會議。

※各病房大樓定期召開復健會議。

門診持續照護支援表

患者 ID

填寫日

年月日

患者假名讀音患者姓名

出生年月日

昭和年月日

(年月日)

性別

就醫日

合併居家療養指導

填寫人

便條內容		家屬成員 ()
目前疾患狀況	病名 症狀	
營養	營養攝取方法	
排泄	排泄方法 導尿管 造口 頻尿 (白天 次, 夜晚 次) 無便秘 便秘 ()	
藥劑處置	藥物管理 有其他院所之處方	
活動 / 休息 清潔	就醫方式 手杖 助行車 輪椅	
服務現狀	照護認定 照護程度 失智 主要決策者 ()	
診療內容		
門診必須持續追蹤事項、居家療養目標		
會議召開日 出席者 _____		

※持續就診：是 (次回 /) 否 若為「是」，附上便條

【一般病房出院支援流程表】

□ 已掃描

QR
CODE

富田「山崎十輝」 十日 十一月

ID) _____ (患者姓名)

主治醫師 _____

病房護理師 _____

住院期間 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 年 _____ 月 _____ 日

出院支援護理師) _____

醫務 _____

		病房護理師	協作室 (出院支援NS・醫務社會工作者)																		
第 1 階段	住院後 3 天內	<p>【問診病史時】</p> <p>① <input type="checkbox"/> 住院前生活場域：自家・機構</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> 日本介護保險：未申請 申請中・區別變更中・已申請 (照護程度 / 身心障礙區分)</p> <p>② <input type="checkbox"/> 患者・家屬之意向確認 (第1次)：</p> <p style="margin-left: 20px;">(出院安置處) 自家 機構 入住中 進住機構・不確定 有</p> <p><input type="checkbox"/> 有無日本介護保險或身心障礙服務者：無 有</p> <p><input type="checkbox"/> 與照護管理師 / 諮詢支援專員聯絡</p> <p>③ <input type="checkbox"/> 支援評估表：填寫「平時狀況・家屬之協助」</p> <p><input type="checkbox"/> 持續照護支援表：有 無 (於門診製表)</p> <p><input type="checkbox"/> 參照住院協作聯絡表 (由照護管理師提供)</p> <p><input type="checkbox"/> 住出院支援共同會議 ▼ 住院日起7天內召開 協作室介入：有 無</p> <p style="margin-top: 10px;">* 填寫住出院支援共同會議內容並且掃描</p>	<div style="border: 1px solid black; border-radius: 10px; padding: 10px; margin-bottom: 10px;"> <p>* (視情況) 同病房・協作室詢問患者・家屬之想法。向患者・家屬・院內負責人・照護管理師等進行資訊蒐集、資訊共享 * 撰寫詳細病歷</p> </div> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width:5%;">居家服務事業所：姓名：</th> <th style="width:65%;">日本介護保險</th> <th style="width:30%;">未申請 / 考慮中 / 申請中 / 區別變更中 / 已申請 / 更新中</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="2" style="text-align:center; vertical-align:middle;">利用度</td> <td>2 身心障礙者綜合支援</td> <td>未申請 / 考慮中 / 申請中 / 區別變更中 / 已申請 / 更新中</td> </tr> <tr> <td>3 肢體障礙者手冊 (身障 級身障 級身障 級) (級)</td> <td>未申請 / 考慮中 / 申請中 / 有 / 再次申請中</td> </tr> <tr> <td rowspan="3" style="text-align:center; vertical-align:middle;">制</td> <td>4 難病醫療</td> <td>未申請 / 考慮中 / 申請中 / 已申請</td> </tr> <tr> <td>5 自理支援醫療</td> <td>未申請 / 考慮中 / 申請中 / 已申請</td> </tr> <tr> <td>6 生活保護</td> <td>未申請 / 考慮中 / 申請中 / 使用中</td> </tr> <tr> <td></td> <td>7 其他 ()</td> <td>未申請 / 考慮中 / 申請中 / 使用中</td> </tr> </tbody> </table> <p style="text-align:right; margin-top: 20px;">月</p> <p>④ 住出院支援共同會議</p>	居家服務事業所：姓名：	日本介護保險	未申請 / 考慮中 / 申請中 / 區別變更中 / 已申請 / 更新中	利用度	2 身心障礙者綜合支援	未申請 / 考慮中 / 申請中 / 區別變更中 / 已申請 / 更新中	3 肢體障礙者手冊 (身障 級身障 級身障 級) (級)	未申請 / 考慮中 / 申請中 / 有 / 再次申請中	制	4 難病醫療	未申請 / 考慮中 / 申請中 / 已申請	5 自理支援醫療	未申請 / 考慮中 / 申請中 / 已申請	6 生活保護	未申請 / 考慮中 / 申請中 / 使用中		7 其他 ()	未申請 / 考慮中 / 申請中 / 使用中
居家服務事業所：姓名：	日本介護保險	未申請 / 考慮中 / 申請中 / 區別變更中 / 已申請 / 更新中																			
利用度	2 身心障礙者綜合支援	未申請 / 考慮中 / 申請中 / 區別變更中 / 已申請 / 更新中																			
	3 肢體障礙者手冊 (身障 級身障 級身障 級) (級)	未申請 / 考慮中 / 申請中 / 有 / 再次申請中																			
制	4 難病醫療	未申請 / 考慮中 / 申請中 / 已申請																			
	5 自理支援醫療	未申請 / 考慮中 / 申請中 / 已申請																			
	6 生活保護	未申請 / 考慮中 / 申請中 / 使用中																			
	7 其他 ()	未申請 / 考慮中 / 申請中 / 使用中																			

	病房護理師	協作室 (出院支援NS·醫務社會工作者)
<p>..... 第 2 階 段 治 療 開 始 I 安 定 期</p>	<p>⑤ <input type="checkbox"/> 確認治療方針 (住院起約7天) * 方針確認後, 填入病歷</p> <p>⑥ <input type="checkbox"/> 「有」日本介護保險之患者: 向照護管理師報告, 諮詢出院後生活 (* 將內容記於病歷)</p> <p><input type="checkbox"/> 「沒有」而必須申請日本介護保險之患者: 與協作室聯絡</p> <p>⑦ <input type="checkbox"/> 院內會議</p> <p>⑧ <input type="checkbox"/> 確認復健目標</p> <p><input type="checkbox"/> 填寫支援評估表 填寫「現狀與家屬期望」</p> <p>⑨ 點滴療程結束・接近復健目標・接近出院・・・・等以前述為依據, 研究方針・ADL (日常生活活動) 顯著低落</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p><input type="checkbox"/> 中期會議: 有 無 召開日 ()</p> <p>入住機構者 ※若有持續入住困難, 與協作室聯絡</p> <p>若有: <input type="checkbox"/> 必要時與院內必要之部門聯絡 <input type="checkbox"/> 擬定指導書 <input type="checkbox"/> 計算指導費</p> <p><input type="checkbox"/> 醫療行為 (有 無) 若有: 內容 ()</p> </div> <p><input type="checkbox"/> 向機構報告狀況: 確認可否受理 是否接受入住 (是 / 否)</p> <p>有</p> <p>◎ 支援評估表 填寫「出院時之目標狀態」「必要支援」</p> <p>有</p> <p>⑩ <input type="checkbox"/> 復健觀摩: 院內負責人・・與家屬・照護管理師討論必要性</p> <p>若有必要: <input type="checkbox"/> 必要時與院內必要之部門聯絡 <input type="checkbox"/> 擬定指導書 <input type="checkbox"/> 計算指導費</p>	<p><input type="checkbox"/> 初次面談 (實施日 月 日)</p> <p>意向確認 <input type="checkbox"/> 居家 <input type="checkbox"/> 機構 (<input type="checkbox"/> 直接入住 <input type="checkbox"/> 居家後入住) <input type="checkbox"/> 不確定</p> <p>支援內容 <input type="checkbox"/> 首次介入介護保險 <input type="checkbox"/> 變更介護保險計畫 <input type="checkbox"/> 申請入住機構 <input type="checkbox"/> 其他</p> <p>家屬期望:</p> <p>⑥ 向必須申請日本介護保險等其他制度之患者說明: 內容</p> <p><input type="checkbox"/> 說明申請手續 <input type="checkbox"/> 撰寫文件 <input type="checkbox"/> 交付與家屬 <input type="checkbox"/> 向家屬確認申請狀況 <input type="checkbox"/> 查詢日 /</p> <p>⑦ <input type="checkbox"/> 院內會議 (召開日 月 日)</p> <p>⑧ <input type="checkbox"/> 確認復健目標 必要時加註於支援評估表</p> <p>⑨ 點滴療程結束・接近復健目標・接近出院・・・・等以前述為依據, 諮詢各職掌意見, 提供必要支援</p> <p>月 日</p> <p>中期會議: (召開日 月 日)</p> <p>若有: <input type="checkbox"/> 協調舉行日期時間 <input type="checkbox"/> 聯絡病房護理師 <input type="checkbox"/> 聯絡家屬 <input type="checkbox"/> 聯絡照護管理師 <input type="checkbox"/> 準備支援評估表及指導用表 <input type="checkbox"/> 確認 / 加註內容</p> <p>→ 於中期會議確認之事項 方針:</p> <p>準備事項:</p> <p>⑩ 復健觀摩 / 住宅評估: 院內負責人・家屬・照護管理師間討論必要性</p> <p>○復健觀摩: (進行日 月 日)</p> <p><input type="checkbox"/> 協調舉行日期時間 <input type="checkbox"/> 聯絡病房護理師 <input type="checkbox"/> 聯絡家屬 <input type="checkbox"/> 聯絡照護管理師 <input type="checkbox"/> 聯絡復健單位</p> <p>準備事項:</p> <p><input type="checkbox"/> 住宅評估: (實施日 月 日)</p> <p><input type="checkbox"/> 協調舉行日期時間 <input type="checkbox"/> 聯絡病房護理師 <input type="checkbox"/> 聯絡家屬 <input type="checkbox"/> 聯絡照護管理師 <input type="checkbox"/> 聯絡復健單位</p> <p>準備事項:</p>

ID)

患者姓名)

	病房護理師			協作室 (出院支援NS·醫務社會工作者)		
	【出院安置處】			【出院安置處】		
第3階段 至 出 院	<input type="checkbox"/> 本院療養型 <input type="checkbox"/> 邀協作室·照護管理師出席IC <input type="checkbox"/> 由協作負責人說明內容 療養判定會議 (可 · 否) <input type="checkbox"/> 療養病房轉棟 <input type="checkbox"/> 可 : 與照護管理師·家屬聯絡 轉棟日期時間 <input type="checkbox"/> 填寫轉棟彙整 <input type="checkbox"/> 否 : 回到第3階段初始處。與 協作室研討日後應對	<input type="checkbox"/> 自家 <input type="checkbox"/> 居家照護 : 有·無·新採用 (事業所名稱 :) <input type="checkbox"/> 居家醫療 : 有·無·新採用 《 院外居家醫療 》 <input type="checkbox"/> 要求主治醫師擬定診療資訊表 <input type="checkbox"/> 準備支援評估表 ↓ 完成後立刻與協作室聯絡 《本院居家醫療》 <input type="checkbox"/> 與協作室聯絡 <input type="checkbox"/> 給與家屬照護指導之必要性 (有 · 無) <input type="checkbox"/> 口腔照護 <input type="checkbox"/> 尿布替換 <input type="checkbox"/> 餐飲指導 <input type="checkbox"/> 導尿管管理 <input type="checkbox"/> 陰部清洗 <input type="checkbox"/> 引流 <input type="checkbox"/> 移乘協助 <input type="checkbox"/> 其他 <input type="checkbox"/> 營養指導 * 指導日程·評估 → 填入指導評估表 (實施日 月 日) <input type="checkbox"/> 出院前會議 : 有 · 無 有) <input type="checkbox"/> 計算指導費 <input type="checkbox"/> 告知院內負責部門日程 <input type="checkbox"/> 門診 · 復健 · 藥劑師 · 營養士 · 透析 <input type="checkbox"/> 支援評估表 + 指導用表之製作·準備 無) <input type="checkbox"/> 已完成居家醫療導入·無須開會 <input type="checkbox"/> 與內科門診協調下次居家醫療日期	<input type="checkbox"/> 照護·身障機構·他院療養型 出院安置處 : (機構 · 他院療養型) <input type="checkbox"/> 若收到協作室通知, 則準備必要文件與 協作室聯絡	<input type="checkbox"/> 本院療養型 <input type="checkbox"/> 出席療養IC <input type="checkbox"/> 進行療養說明 <input type="checkbox"/> 所得區分 <input type="checkbox"/> 醫療區分 <input type="checkbox"/> 療養病房轉棟 : 可 <input type="checkbox"/> 填寫轉棟彙整 <input type="checkbox"/> 轉達與下一位負責人 <input type="checkbox"/> 療養病房轉棟 : 否 <input type="checkbox"/> 回到第3階段初始處 : 與病房護理師研討日後計畫	<input type="checkbox"/> 自家 <input type="checkbox"/> 居家照護 : () <input type="checkbox"/> 新採用 : 委託照護管理師協助 <input type="checkbox"/> 使用中 : 必要時提供資訊 <input type="checkbox"/> 居家醫療 : () ※同經常就診醫師依據居家醫療對應表進行 <input type="checkbox"/> 同家屬選擇居家醫療醫師 <input type="checkbox"/> 住田中·確認是否持續 醫師 : ※若為新採用本院服務者 擬定「居家醫療確認表」→請負責居家醫療NS轉交 <input type="checkbox"/> 出院時之指導確認 (與護理師協作) <input type="checkbox"/> 出院前會議 (有) <input type="checkbox"/> 出院許可 (有 · 無) <input type="checkbox"/> 協調召開 日期時間 月 日 (召開 日) <input type="checkbox"/> 聯絡 : <input type="checkbox"/> 病房護理師 <input type="checkbox"/> 家屬 <input type="checkbox"/> 照護管理師 <input type="checkbox"/> 預約會議室 <input type="checkbox"/> 填寫支援評估表 <input type="checkbox"/> 以電子病歷便條通知指導書種類 (當天) <input type="checkbox"/> 事先與負責護理師討論 <input type="checkbox"/> 支援 評估表 <input type="checkbox"/> 指導用表 <input type="checkbox"/> 藥劑資訊	<input type="checkbox"/> 機構 (照護 / 身障) 他院療養型 <input type="checkbox"/> 與照護管理師討論, 向機構·醫院負責窗口申請 申請機構 ① ② ③ <input type="checkbox"/> 必要文件 出院處方天數確認 <input type="checkbox"/> 請病房進行準備 入所·轉院決定 <input type="checkbox"/> 出院日期 [時間 月 日 <input type="checkbox"/> 準備物品] <input type="checkbox"/> 移動方法與時間 <input type="checkbox"/> 與家屬之談話 (討論內容等)
	<input type="checkbox"/> 填寫照護彙整 <input type="checkbox"/> 住出院支援加計1 計算 (可 · 否) 出院	<div style="border: 1px solid green; padding: 5px; display: inline-block; font-weight: bold; font-size: 1.2em;">退院</div>	<input type="checkbox"/> 照護管理師 / 與機構進行最終 確認 <input type="checkbox"/> 住出院支援加計1 計算結			

【療養病房出院支援流程表（協作室）】

□ 已掃描

QR
CODE

ID) _____ (患者姓名) _____

主治醫師 _____ 病房護理師) _____

住院期間 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 年 _____ 月 _____ 日

出院支援護理師) _____ 醫務 _____

		病房護理師	協作室（出院支援NS・醫務社會工作者）																						
第1階段	住院起	<p>【問診病史時】</p> <p>① <input type="checkbox"/> 住院前生活之場域：自家 機構</p> <p><input type="checkbox"/> 照護保險：未申請 申請中・區分變更中・已申請（照護程度 / 身障區分）</p> <p><input type="checkbox"/> 患者・家屬之意向確認（第1次）： （出院安置處）自家・機構入住中 欲入住機構・臨終陪伴 <input type="checkbox"/> 有無日本介護保險或身障服務者：有 無</p> <p><input type="checkbox"/> 與照護管理師 / 諮詢支援專員聯絡</p> <p>③ <input type="checkbox"/> 支援評估表：填寫「平時狀況・家屬之協助」 （參照一般病房之「支援評估表」） <input type="checkbox"/> 持續照護支援表：有 無（於門診製表）</p>	<p>*（視情況）同病房・協作室詢問患者・家屬之想法。向患者・家屬・院內負責人・照護管理師等進行資訊蒐集、資訊共享 * 撰寫詳細病歷</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td rowspan="7" style="text-align:center; vertical-align:middle;">利用度</td> <td>1</td> <td>居家照護事業所：姓名： 照護保險（認定調查日）</td> <td>未申請 / 考慮中 / 申請中 / 區分變更中 / 已申請 / 更新中</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>身心障礙者綜合支援</td> <td>未申請 / 考慮中 / 申請中 / 區分變更中 / 已申請 / 更新中</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>肢體障礙者手冊 (身障級身障級身障級) (級) (級)</td> <td>未申請 / 考慮中 / 申請中 / 有 / 再次申請中</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>難病醫療</td> <td>未申請 / 考慮中 / 申請中 / 已申請</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>自理支援醫療</td> <td>未申請 / 考慮中 / 申請中 / 已申請</td> </tr> <tr> <td>6</td> <td>生活保護</td> <td>未申請 / 考慮中 / 申請中 / 使用中</td> </tr> <tr> <td>7</td> <td>其他 ()</td> <td>未申請 / 考慮中 / 申請中 / 使用中</td> </tr> </table>	利用度	1	居家照護事業所：姓名： 照護保險（認定調查日）	未申請 / 考慮中 / 申請中 / 區分變更中 / 已申請 / 更新中	2	身心障礙者綜合支援	未申請 / 考慮中 / 申請中 / 區分變更中 / 已申請 / 更新中	3	肢體障礙者手冊 (身障級身障級身障級) (級) (級)	未申請 / 考慮中 / 申請中 / 有 / 再次申請中	4	難病醫療	未申請 / 考慮中 / 申請中 / 已申請	5	自理支援醫療	未申請 / 考慮中 / 申請中 / 已申請	6	生活保護	未申請 / 考慮中 / 申請中 / 使用中	7	其他 ()	未申請 / 考慮中 / 申請中 / 使用中
	利用度	1	居家照護事業所：姓名： 照護保險（認定調查日）		未申請 / 考慮中 / 申請中 / 區分變更中 / 已申請 / 更新中																				
2		身心障礙者綜合支援	未申請 / 考慮中 / 申請中 / 區分變更中 / 已申請 / 更新中																						
3		肢體障礙者手冊 (身障級身障級身障級) (級) (級)	未申請 / 考慮中 / 申請中 / 有 / 再次申請中																						
4		難病醫療	未申請 / 考慮中 / 申請中 / 已申請																						
5		自理支援醫療	未申請 / 考慮中 / 申請中 / 已申請																						
6		生活保護	未申請 / 考慮中 / 申請中 / 使用中																						
7		其他 ()	未申請 / 考慮中 / 申請中 / 使用中																						
.....	3天	<p>④ <input type="checkbox"/> 住出院支援共同會議 ▼ 住院日起7天內召開 協作室介入：有・無</p> <p style="text-align:center;">* 填寫住出院支援共同會議內容並且掃描</p> <p>⑤ <input type="checkbox"/> 照護彙整 製作第一頁（開始日： / _____） ※為能隨時提供資訊【變更主治醫師】 ※無須臨終照護</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px auto; width: 150px; text-align: center;"> <p>出院</p> <hr/> <p>無出院準備需求・喘息需求等</p> <p>製作照護彙整第二頁</p> </div> <p>⑥ _____</p> <p style="text-align:right;"><input type="checkbox"/> 有 無</p>	<p>④ 住出院支援共同會議</p> <p>協作室介入 有：無 → 變更為需要介入（變更日 月 日） <input type="checkbox"/> 7天內擬定住出院支援計畫書 <input type="checkbox"/> 向家屬說明且獲得簽字同意</p> <p>需要介入之原因：</p> <p>【主治醫師變更】</p> <p>⑥ <input type="checkbox"/> 出席 (/ 隨時) <input type="checkbox"/> 聯絡協作室負責人 (函件出席) <input type="checkbox"/> 確認照護管理師之出席 有 無</p>																						
第II階段	1天內																								

ID

患者姓名

	病房護理師	協作室 (出院支援NS·醫務社會工作者)
一 第 3 階 段 必 須 開 始 準 備 時 至 出 院	<p>⑦ <input type="checkbox"/> 確認復健目標</p> <p><input type="checkbox"/> 支援評估表：填寫「現狀及家屬期望、出院時目標狀態」</p> <p>⑧ <input type="checkbox"/> 「有」日本介護保險之患者：向照護管理師報告，諮詢出院後生活 (* 撰寫詳細病歷)</p> <p><input type="checkbox"/> 「沒有」而必須申請日本介護保險之患者：與協作室聯絡</p> <p>(→ 申請後由患者·家屬、院內負責人·照護管理師等討論 * 撰寫詳細病歷)</p> <p>⑨ 接近復健目標·接近出院···等以前述為依據，研究方針 /</p> <p><input type="checkbox"/> 中期會議：有 無 召開日 (</p> <p>若有：<input type="checkbox"/> 必要時與院內必要之部門聯絡 <input type="checkbox"/> 擬定指導書 <input type="checkbox"/> 計算指導費 <input type="checkbox"/> 支援評估表·填寫「必要支援」 【預計入住機構】</p> <p><input type="checkbox"/> 請協作室確認是否可協助「機構入所予定者」</p> <p>機構入住中</p> <p><input type="checkbox"/> 醫療行為 (有 無) 若有：內容 ()</p> <p>⑩</p> <p>有</p> <p>有</p> <p><input type="checkbox"/> 復健觀摩：院內負責人·家屬·照護管理師間討論其必要性</p> <p>若有必要：<input type="checkbox"/> 必要時與院內必要之部門聯絡 <input type="checkbox"/> 擬定指導書 <input type="checkbox"/> 計算指導費 <input type="checkbox"/> 住</p>	<p>⑦ 確認復健目標</p> <p>必要時加註於支援評估表</p> <p>⑧ 「沒有」而必須申請日本介護保險之患者：</p> <p><input type="checkbox"/> 說明申請手續 <input type="checkbox"/> 撰寫文件 <input type="checkbox"/> 交付與家屬 <input type="checkbox"/> 向家屬確認申請狀況 <input type="checkbox"/> 查詢日 /</p> <p>⑨ 接近復健目標·接近出院···等以前述為依據，與各職掌研討提</p> <p>月 日</p> <p>供必要支援</p> <p>中期會議：(召開日</p> <p>若有：<input type="checkbox"/> 協調舉行日期時間 <input type="checkbox"/> 聯絡病房護理師 <input type="checkbox"/> 聯絡家屬 <input type="checkbox"/> 聯絡照護管理師</p> <p>⑩ 準備支援評估表及指導用表 <input type="checkbox"/> 確認 / 註記內容</p> <p>預計入住機構 → 於中期會議確認之事項 方針：</p> <p><input type="checkbox"/> 醫療行為 (有 無) 若有：內容 () 準備事項：</p> <p>月 日</p> <p>⑩</p> <p>月 日</p> <p>復健觀摩 / 住宅評估：院內負責人·家屬·照護管理師間討論必要性</p> <p><input type="checkbox"/> 復健觀摩：(實施日</p>

協調舉行日期時間 聯絡病房護理師 聯絡家屬 聯絡照護管理師 聯絡

ID

患者姓名

		病房護理師		協作室 (出院支援NS·醫務社會工作者)	
		出院安置處		【出院安置處】	
		□ 自家	□ 照護·身障機構·他院療養型	□ 自家	□ 機構 (照護 / 身障) 他院療養型
第3階段 必須開始準備至出院	院	<input type="checkbox"/> 居家照護：有·無·新採用 (事業所名稱：) <input type="checkbox"/> 居家醫療：有·無·新採用 《 院外居家醫療 》 <input type="checkbox"/> 請主治醫師擬定診療資訊表 <input type="checkbox"/> 準備支援評估表 ↓ 完成後立刻與協作室聯絡 《本院居家醫療》 <input type="checkbox"/> 與協作是聯絡 (新採用與持續使用之處理方式不同，請交與協作室處理) <input type="checkbox"/> 給與家屬照護指導之必要性 (有·無) <input type="checkbox"/> □ 腔照護 □ 尿布替換 <input type="checkbox"/> 餐飲指導 □ 導尿管管理 <input type="checkbox"/> 陰部清洗 □ 引流 <input type="checkbox"/> 移乘協助 □ 其他 <input type="checkbox"/> 營養指導 * 指導日程·評估→ 填入指導評估表 (實施日 月 日) <input type="checkbox"/> 出院前會議：有·無 (有) □ 指導費計算 <input type="checkbox"/> 告知院內負責部門日程 門診·復健·藥劑師·營養士·透析 <input type="checkbox"/> 支援評估表 + 製作·準備指導用表 無) 本院居家醫療 <input type="checkbox"/> 同內科門診協調下次居家醫療日期	出院安置處： [機構·他院療養型] <input type="checkbox"/> 收到協作室聯絡時，準備必要文件與協作室聯絡	<input type="checkbox"/> 居家照護： () <input type="checkbox"/> 新採用：委託照護管理師協助 <input type="checkbox"/> 使用中：必要時提供資訊 <input type="checkbox"/> 居家醫療： () ※同經常就診醫師依據居家醫療對應表進行 <input type="checkbox"/> 同家屬選擇居家醫療醫師 <input type="checkbox"/> 使用中：確認是否持續 醫療機關：醫師： ※若為新採用本院服務者 擬定「居家醫療確認表」 →請負責居家醫療NS轉交 <input type="checkbox"/> 出院時之指導確認 (與護理師協作) <input type="checkbox"/> 出院前會議 (有·無) (有) <input type="checkbox"/> 協調召開日期 (召開日 月 日) <input type="checkbox"/> 聯絡： <input type="checkbox"/> 病房護理師 <input type="checkbox"/> 家屬 <input type="checkbox"/> 照護管理師 <input type="checkbox"/> 預約會議室 <input type="checkbox"/> 填寫支援評估表 <input type="checkbox"/> 以電子病歷便條通知指導書種類 (當天) <input type="checkbox"/> 事先與負責護理師討論 <input type="checkbox"/> 支援評估表	<input type="checkbox"/> 與照護管理師討論，向機構·醫院負責窗口申請 申請機構 ① ② ③ <input type="checkbox"/> 必要文件 出院處方天數確認 <input type="checkbox"/> 請病房進行準備 <input type="checkbox"/> 協作室準備文件 [入所·轉院決定] <input type="checkbox"/> 出院日期時間 [月 日] <input type="checkbox"/> 準備物品 <input type="checkbox"/> 移動方式與時間
		<input type="checkbox"/> 填寫看護彙整 <input type="checkbox"/> 住出院支援加計1(療養病房) 計算 (可 · 否) 出院 (計算天數基準：直接住院/7天以上 轉棟/14天以上)	<div style="border: 1px solid green; border-radius: 10px; padding: 5px; display: inline-block;">退院</div>	<input type="checkbox"/> 照護管理師 / 與機構進行最終確認 <input type="checkbox"/> 住出院支援加計1(療養病房) 計算結果確認	

【支援評估表：高齡者綜合評估】

ID) _____	患者姓名) _____	病房) _____	住院期間) _____
主治醫師 _____	病房護理師) _____	出院支援護理師) _____	醫務社 _____
藥劑師) _____	營養士) _____	復健) _____	PT: _____ OT: _____ ST: _____
經常就診醫師) _____	事業所) _____	照護管理師・諮詢支援專員) _____	

住院前 | 初次評估 (住院後約7天 | 現狀 (資訊提供日 /) 出院時目標狀態與支援

家屬現狀	家庭組成：獨居 (親友 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)	患者本人想法： 家屬想法：		
住宅狀況 (護理師)				
餐食營養 (營養·ST·OT)	餐食內容・飲食型態： () 營養劑處方： 含水流質：餐 食之準備：	餐食內容・飲食型態： 攝取量 () 使用中之營養劑或輔助食品： 含水流質： 營養方面問題：	餐食內容・飲食型態： () 攝取量 () 使用中之營養劑或輔助食品： 含水流質： 營養方面問題： 餐食之準備：	餐食內容・飲食型態： 營養劑處方：含 水流質：
排泄	狀況：・失禁： 方法：	狀況：・失禁： 方法： ：	狀況：・失禁： 方法：	狀況：・方法：
身體清潔 (護理師)	狀況：・方法： 更衣：	狀況：・方法： 更衣：	狀況：・方法： 更衣：	狀況：・方法： 更衣：
移動 (PT)	移動方法：・協助方法： 外出 (使用大眾交通工具) 購物：	移動方法：・協助方法： BI () 點 SPPB () 點	移動方法：・協助方法： BI () 點 SPPB () 點	移動方法：・協助方法： 外出 (使用大眾交通工具) 購物：
認知功能 (OT)	金錢管理： 電話：	HDS- R () 點 MMSE () 點	HDS- R () 點 MMSE () 點 金錢管理： 電話：	金錢管理： 電話：
內服藥 (護理師)	多劑併用 (5劑以上) 內服管理：	內服管理：	內服管理：	多劑併用 (5劑以上) 內服管理：
其他				

住出院支援計畫篩選表

生日 _____) 年齡 (_____ 歲 住院日 _____
 療養住院日 _____
 地址 _____ 0000000 主治醫師 _____ 填寫日 _____

病名	
患者本人以外之諮詢者	<input type="checkbox"/> 家屬・親屬 () <input type="checkbox"/> 其他關係者 ()
經常就診之醫師	<input type="radio"/> 有→ <input type="radio"/> 無
有無介紹信	<input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無
同意提供資訊	<input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否
出院支援計畫負責人	病房護理師： 協作室負責人：

(非屬經常就診醫師者：非定期就醫，只曾在感冒・發燒等時候就診)

【住院目的】

- 1) 預約檢查・教育之住院患者
- 2) 緊急住院患者
- 3) 轉院患者

【需要出院支援之原因 (出院困難原因)】複選無上限

- 因惡性腫瘤、失智症或誤嚥性肺炎等急性呼吸器感染症
- 獨居・高齡家庭，又或是即使與家屬同住，
- 無法獲得充分必要之照護或養育
- ADL (日常生活活動) 低落，必須在出院後重整生活模式 (推測有其必要)
- 需要協助排泄
- 長期使用照護服務
- 疑有照護需求卻未申請日本介護保險
- 出院後必須進行醫療處置 (包括胃造口等之經管營養法)
- 受到虐待或有被虐待之疑慮者
- 必須解決、調整醫療費或生活費等經濟問題
- 其他需要出院支援之原因

住出院支援共同會議召開紀錄

患者姓名：

患者 ID：

出生年月日：

年月

(昭和年日) 年齡

歲

患者地址：

住院日：

年月日

病房

主治醫師：

轉入日：

召開日：

病房護理師 ()

)・記錄

出席者：○ 住出院支援部門護理師

□ 佐藤友子 □ 鈴木

住出院支援部門社會福祉士 □ 龍澤美智子 □ 橘洋平

□ 櫻井春

【需要出院支援之因素】

- ① 惡性腫瘤、失智症或誤嚥性肺炎等急性呼吸器感染症
- ② 緊急住院
- ③ 疑有照護需求卻未申請日本介護保險
(《照護保險法》：限於患有特定疾病之40歲以上未滿65歲者，以及65歲以上者)
- ④ 受到家屬或同居者虐待，又或有該疑慮
- ⑤ 生活貧困
- ⑥ 與住院前相較，其ADL(日常生活活動)低落，必須在出院後重整生活模式(推測有其必要)
- ⑦ 需要排泄方面照護
- ⑧ 無論有無同居者，無法獲得充分必要之養育或照護
- ⑨ 出院後必須進行醫療處置(包括胃造口等之經管營養法)
- ⑩ 反覆住出院
- ⑪ 其他依據患者狀況判斷，相當於①~⑩項者

【是否擬定出院支援】

是 → 擬定住出院支援計畫書。

病房負責護理師 ()

) 協作室負責人 ()

否 → 後續介入時之協作室負責人 ()



住出院支援計畫書

先生 / 女士

出生年月日年月日 (ID)

病房

計畫啟動日

計畫擬定日

患者本人以外之諮詢者

口家屬・親屬等 ()

口其他 ()

執行支援計畫者
(不包括下述人員)

主治醫師

口需要出院支援之因素

- ① 惡性腫瘤、失智症或誤嚥性肺炎等急性呼吸器感染症
- ② 緊急住院
- ③ 疑有照護需求卻未申請日本介護保險
(《照護保險法》: 限於患有特定疾病之40歲以上未滿65歲者, 以及65歲以上者)
- ④ 受到家屬或同居者虐待, 又或有該疑慮
- ⑤ 生活貧困
- ⑥ 與住院前相較, 其ADL (日常生活活動) 低落, 必須在出院後重整生活模式
(推測有其必要)
- ⑦ 需要排泄方面照護
- ⑧ 無論有無同居者, 無法獲得充分必要之養育或照護
- ⑨ 出院後必須進行醫療處置 (包括胃造口等之經管營養法)
- ⑩ 反覆住出院

針對出院之支援項目

- ⑪ 其他依據患者狀況判斷, 相當於①-⑩項者
- 口醫療處置 口服藥管理 口擔心病症 口照護
- 口醫療費等經濟面 口出院後療養處 口家屬
- 其他 ()

目前使用中服務

日本介護保險 口無 口有 口申請中

照護程度 (

身心障礙者手冊 口無 口有

等級 (

級) 種類 (

針對出院之支援項目

< 計畫目標 >

・ 預計支援期間

~ 出院

- 進行醫療處置、服藥管理等說明・指導。
- 支援日本介護保險等之居家照護準備。協助決定出院後療養處。
- 進行醫療費、生活費相關研究。
- 其他 ()

預計出院安置處

自家 機構・醫院 (

口其他

出院後預計使用之
醫療・社會福利服務等

日本介護
短期入住機構
口就醫協助

社福手冊
就醫時之照護・復健
難病醫療

居家醫療
其他 (

居家照護・復健
住宅裝修 口福祉用具

居家照護
餐食配送

社福服務負責人

事業所

姓名

* 上述內容為依據目前現狀之考量點, 可能因日後狀況變化而有所變更。

說明日 年 月 日

病房專任出院支援負責人

地方醫療協作室出院支援負責人

患者 (家屬、先生、女士)

例

 填表日 年 月 日
 住院日 年 月 日
 表頭欄位

住院資料表

醫療機關 居家照護支援事業所

醫療機構名：

事業所名稱

負責人姓名：

照護管理師姓名

TEL

FAX

基於服務使用者（患者）/ 家屬之同意，告知使用者資訊（身體・生活功能等），敬請善加利用。

1. 使用者（患者）基本資訊

患者姓名	年 歲	性別	1 男 女
	出生年月	明治・大	年 日
住	〒	電話	
居住環境 ※請盡可能提供照片	住宅種類（獨棟・集合住宅）	樓建築	位於_樓 電梯（有・無）
住院所需照課程	<input type="checkbox"/> 需要支援（ ） <input type="checkbox"/> 需要照護（ ） 有效期間：年月日～年月日 <input type="checkbox"/> 由請由 / 由請只 / （ ） <input type="checkbox"/> 區分變更（申請日 / ） <input type="checkbox"/> 未申請		
身障高齡者之 日常生活自理程度	<input type="checkbox"/> 可自理 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2		<input type="checkbox"/> 醫師判斷
失智症高齡者 之日常生活自理程度	<input type="checkbox"/> 可自理 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M		<input type="checkbox"/> 照護管理師之判斷
日本介護保險之 部分負擔比例	<input type="checkbox"/> 成 <input type="checkbox"/> 不清 身心障礙之認定 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（肢體・精神・認知）		
年金等之種類	<input type="checkbox"/> 國民年金 <input type="checkbox"/> 楚 <input type="checkbox"/> 身障年金 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 其他		

2. 家庭組成／聯絡方式

家庭組成	<input type="checkbox"/> 獨居 <input type="checkbox"/> 高齡家庭 <input type="checkbox"/> 與子嗣同居 <input type="checkbox"/> 其他（ ） * <input type="checkbox"/> 白天獨居
主要照護者姓名	（關係・歲）（同居・分居） TEL
主要決策者	（關係・歲）聯絡電話 TEL：TEL

3. 患者／家屬之意向

患者之愛好・興趣・ 感興趣領域等	
患者生活經驗	
住院前患者對本 身生活之思維	<input type="checkbox"/> 參照隨附之居家服務計畫(1)
住院前患者對家 庭生活之思維	<input type="checkbox"/> 參照隨附之居家服務計畫(1)

4. 住院前採用照護服務之情況

住院前採用照護 服務之情況	請確認隨附文件。 <input type="checkbox"/> 居家服務計畫書1.2.3表 <input type="checkbox"/> 其他（ ）
------------------	---

5. 往後居家生活之預期（照護管理師意見）

居家生活要 件	
出院後之家庭成員	<input type="checkbox"/> 獨居 <input type="checkbox"/> 高齡家庭 <input type="checkbox"/> 與子嗣同居（家屬成員人） * <input type="checkbox"/> 白天獨居 <input type="checkbox"/> 其他（ ）
對家庭之疑慮	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ ）
出院後之主要決策者	<input type="checkbox"/> 同本表第2項 <input type="checkbox"/> 非左述人員（姓名 關係 年齡）
照護能力*	<input type="checkbox"/> 可預期之照護能力（ <input type="checkbox"/> 充分・ <input type="checkbox"/> 部分） <input type="checkbox"/> 無法預期照護能力 <input type="checkbox"/> 沒有家屬或協助者
受到家屬或同居者等 虐待之疑慮*	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ ）
特別註記	

6. 會議等相關（應照護管理師要求）

出席「院內各職掌會議」	<input type="checkbox"/> 期能出席
出席「出院前會議」	<input type="checkbox"/> 期能出席 具體需求（ ）
進行「出院前居家指導」時出席	<input type="checkbox"/> 期能出席

* = 診療報酬 出院支援加計1.2「造成患者困難出院之原因」相關

7. 身體・生活功能現狀／療養生活之課題

麻痺		無	輕度 中度	重度	有無褥瘡	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	
A D L	移動	可自理從旁關照 需要部分協助 需要全程協助			移動 (室內)	<input type="checkbox"/> 手杖 <input type="checkbox"/> 助行器 <input type="checkbox"/> 輪椅 <input type="checkbox"/> 其他	
	移乘	可自理 從旁關照 需要部分協助 需要全程協助			移動 (室外)	<input type="checkbox"/> 手杖 <input type="checkbox"/> 助行器 <input type="checkbox"/> 輪椅 <input type="checkbox"/> 其他	
	更衣	可自理 從旁關照 需要部分協助 需要全程協助			起居動作	可自理 從旁關照 需要部分協助 需要全程協助	
	外打	可自理 從旁關照 需要部分協助 需要全程協助					
	入浴	可自理 從旁關照 需要部分協助 需要全程協助					
	餐食	可自理 從旁關照 需要部分協助 需要全程協助					
餐食 內容	餐食次數	()次/天 (早餐 點・午餐 點・晚餐 點)			餐飲限制	<input type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不清楚	
	餐食型態	<input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 照護食 (碎食) <input type="checkbox"/> 照護食 <input type="checkbox"/> 照護食 (攪打軟食)			UDF等之餐食型態種類		
	攝取方式	<input type="checkbox"/> 經口 <input type="checkbox"/> 經管營養			含水流質	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
口腔	吞嚥功能	可順利吞嚥 常常難以吞嚥 總是難以吞嚥			假牙	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (部分・全口)	
	口腔清潔	良好 不良 明顯不良			口臭	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
排泄*	排尿	可自理 從旁關照 需要部分協助 需要全程協助			行動廁所	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 夜晚 <input type="checkbox"/> 隨時	
	排便	可自理 從旁關照 需要部分協助 需要全程協助			尿布/護墊	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 夜晚 <input type="checkbox"/> 隨時	
睡眠	良好 不良 ()			服用助眠劑	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		
吸菸	無 有 支/天			飲	無 有 杯/每天		
溝通能力	視力	無障礙 稍有障礙 有障礙			眼	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
	聽力	無障礙 稍有障礙 有障礙			助聽器	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
	語	無障礙 稍有障礙 有障礙			溝通相關特別註記：		
	溝通	無障礙 稍有障礙 有障礙					
精神面之療養 問題	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 幻視・幻聽 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 焦躁・不安 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 暴力/具攻擊性 <input type="checkbox"/> 抗拒照護 <input type="checkbox"/> 失眠 <input type="checkbox"/> 晝夜顛倒 <input type="checkbox"/> 盜汗 <input type="checkbox"/> 危險行為 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 其他 ()						
疾病史*	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 惡性腫瘤 <input type="checkbox"/> 失智症 <input type="checkbox"/> 急性呼吸器感染症 <input type="checkbox"/> 腦血管疾病 <input type="checkbox"/> 骨折						
住院	近半年是否曾住院	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 是 (原因： 期間： 年月日~ 年 月 日) <input type="checkbox"/> 不清楚					
	住院頻率	<input type="checkbox"/> 頻率高/反覆住出院 <input type="checkbox"/> 頻率雖低，至今仍有 <input type="checkbox"/> 本次為初次住院					
住院前採取之醫療處置*	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 點滴 <input type="checkbox"/> 氧氣療法 <input type="checkbox"/> 痰液引流 <input type="checkbox"/> 氣管切開 <input type="checkbox"/> 胃造口 <input type="checkbox"/> 經鼻營養 <input type="checkbox"/> 經腸營養 <input type="checkbox"/> 褥瘡口導尿管 <input type="checkbox"/> 尿道造口 <input type="checkbox"/> 消化造口 <input type="checkbox"/> 疼痛控制 <input type="checkbox"/> 排便控制 <input type="checkbox"/> 自行注射 () <input type="checkbox"/> 其他 ()						

8. 藥物※必要時附上「用藥手冊 (影本)」

內服藥	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () 居家療養管理指導 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (指導職掌：)	
藥劑管理	<input type="checkbox"/> 自行管理 <input type="checkbox"/> 交予他人管理 (・管理者：・管理方法：	
服藥狀況	<input type="checkbox"/> 依照處方指示服用 <input type="checkbox"/> 經常忘記服用 <input type="checkbox"/> 頻繁忘記服用，無法遵守處方指示 <input type="checkbox"/> 抗拒服藥	
藥物相關特別註記		

9. 經常就診醫師

經常就診醫師服務機構		電話	
醫師姓	(姓名讀音)	診察方式・頻率	<input type="checkbox"/> 就醫 <input type="checkbox"/> 居家醫療 ・頻率 = ()次/月

* = 診療報酬 出院支援加計 1.2「造成患者困難出院之因素」相關

出院・離所紀錄表

1. 基本資訊・現狀等

填寫日： 年 月 日

屬性	姓名讀音	性別	年齡	出院(所)時需要照護程度(<input type="checkbox"/> 需要變更區)
	姓名	先生 男	歲	<input type="checkbox"/> 需要支援 () <input type="checkbox"/> 需要照護 () <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 無
住院(入所)概要	・住院(所)日： 年 月 日	・預計出院(所)日： 年 月 日		
	因病住院之疾患為			
	住院・入所地	機構名	號	室
① 疾患及住院(入所)狀況	日後之醫學管理	醫療機構名稱	方式	<input type="checkbox"/> 就醫 <input type="checkbox"/> 居家醫療
	目前治療中疾患	① ② ③	疾患現狀 * 填入號碼	穩定 () 不穩定 ()
	移動方式	<input type="checkbox"/> 可自理 <input type="checkbox"/> 手杖 <input type="checkbox"/> 助行器 <input type="checkbox"/> 輪椅 <input type="checkbox"/> 其他 ()		
	排泄方式	<input type="checkbox"/> 廁所 <input type="checkbox"/> 行動廁所 <input type="checkbox"/> 尿布 尿管・尿袋 ()		
	入浴方式	<input type="checkbox"/> 可自理 <input type="checkbox"/> 淋浴 <input type="checkbox"/> 一般浴槽 <input type="checkbox"/> 機械式浴槽 <input type="checkbox"/> 不入浴		
	餐食型態	<input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 經管營養 <input type="checkbox"/> 其他 () UDF等之餐食型態種類		
	吞嚥功能(吞嚥困難)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(經常・總是) <input type="checkbox"/> 有(部分・全口)		
	口腔清潔	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良 <input type="checkbox"/> 明顯不良 住院(所)中使用: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		
	口腔照護	<input type="checkbox"/> 可自理 <input type="checkbox"/> 需要部分協助 <input type="checkbox"/> 需要全程協助		
	睡眠	服用助眠劑 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		
認知・精神	<input type="checkbox"/> 認知功能低落 <input type="checkbox"/> 譫妄 <input type="checkbox"/> 遊蕩 <input type="checkbox"/> 焦躁・不安 <input type="checkbox"/> 具攻擊性 <input type="checkbox"/> 其他 ()			
② 接受度/意向	<患者> 疾病、身障、後遺症等之共處方法	告知本人病名: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
	<患者> 出院後生活相關意向			
	<家屬> 疾病、身障、後遺症等之共處			
	<家屬> 出院後生活相關意向			

2. 認知問題用資訊、

③ 出院後必要事項	醫療處置內容	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 點滴 <input type="checkbox"/> 氧氣療法 <input type="checkbox"/> 痰液引流 <input type="checkbox"/> 氣管切開 <input type="checkbox"/> 胃造口 <input type="checkbox"/> 經鼻營養 <input type="checkbox"/> 經腸營養 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 導尿管 <input type="checkbox"/> 尿路造口 <input type="checkbox"/> 消化道造口 <input type="checkbox"/> 疼痛控制 <input type="checkbox"/> 排便控制 <input type="checkbox"/> 自行注射 () <input type="checkbox"/> 其他 ()	
	照護觀點	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 血壓 <input type="checkbox"/> 水分限制 <input type="checkbox"/> 餐飲限制 <input type="checkbox"/> 餐食型態 <input type="checkbox"/> 吞嚥 <input type="checkbox"/> 口腔照護 <input type="checkbox"/> 清潔照護 <input type="checkbox"/> 血糖控制 <input type="checkbox"/> 排泄 <input type="checkbox"/> 皮膚狀態 <input type="checkbox"/> 睡眠 <input type="checkbox"/> 認知功能・精神面 <input type="checkbox"/> 服藥指導 <input type="checkbox"/> 療養指導(餐食・水分・睡眠・清潔照護・排泄等方面指導) <input type="checkbox"/> 末期 <input type="checkbox"/> 其他 ()	
	復健觀點	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 病患指導 <input type="checkbox"/> 家屬指導 <input type="checkbox"/> 關節可動範圍練習(包括伸展) <input type="checkbox"/> 增強肌力練習 <input type="checkbox"/> 平衡練習 <input type="checkbox"/> 痠痛・肌肉緊繃之改善練習 <input type="checkbox"/> 站坐/ 站立等基本動作練習 <input type="checkbox"/> 進食・吞嚥練習 <input type="checkbox"/> 語言訓練 <input type="checkbox"/> ADL練習(步行/ 入浴/ 如廁/ 移乘等) <input type="checkbox"/> IADL練習(購物、料理等) <input type="checkbox"/> 疼痛管理(疼痛控制) <input type="checkbox"/> 復健用具・福祉用具等管理 <input type="checkbox"/> 運動耐受力練習 <input type="checkbox"/> 地區活動支援 <input type="checkbox"/> 社會融入支援 <input type="checkbox"/> 就業支援 <input type="checkbox"/> 其他 ()	
症狀・病狀之預後・預			
出院時遇到之日常生活阻礙(如身心狀態・環境等)		例如, 醫療機構提出之評估、意見(包括未來的預測、可能的遽變, 未來可能發生之情况等(如併發症), 會好轉或逐漸惡化等), 應記錄於下方: ① 疾病及住院狀況, ② 患者及家屬之接受度與意向, ③ 出院後之必要事項, ④ 從其他角度觀察之必要事項。	
居家恢復不可或缺之條件			
次號	聽取日	接收資訊者之職掌(姓名)	是否出席
1	年 月 日		否・是
2	年 月 日		否・是
3	年 月 日		否・是

※ 解析問題時, 視情況亦可運用課題整理總表。

日本介護保険「**照護需求認定・支援需求認定**」申請書 「**照護需求更新認定・支援需求更新認定**」

年 月 日

以下列內容申請。申請年月日

被保險人號碼		個人號碼		月	日
姓名讀音		出生年月日	明治・大正・昭和	年	
姓名		性別		男	女
地址				電話	
前次照護需求 認定結果等	※照護需求・ 支援需求更新者填寫	有效期限			
	※14天內自其它 地方轉入者填寫				
	轉出地之 地方轉入者填寫				
	轉出地之 地方轉入者填寫				
	轉出地之 地方轉入者填寫				
轉出地之 地方轉入者填寫					
轉出地之 地方轉入者填寫					
轉出地之 地方轉入者填寫					
轉出地之 地方轉入者填寫					
轉出地之 地方轉入者填寫					

申請人					與被保險人之關係
申請人地址					電話
代為申請人					

	主治醫師姓名		醫療機構名稱		
		〒			

醫療保險人姓名		醫療保險被保險人證 之號碼			
特定疾病名					

照護諮詢申請表

在符合的選項打勾☑，或是圈選○。

令和 年 月 日

	姓名讀音		
	對象者姓名 (需要照護者)		家屬組成 <input type="checkbox"/> 獨居 <input type="checkbox"/> 有家庭成員 (<input type="checkbox"/> 白天一個人)
諮詢者	姓名讀音		與對象之關係 <input type="checkbox"/> 家屬 () <input type="checkbox"/> 代理人
	姓名		
	聯絡地址	<input type="checkbox"/> 同照護認定申請書 (無需填寫以下地址) 〒 -	
	電話	① - - 自家・行動・其他 () ②無法與上述號碼取得聯絡時 - - 聯絡人 () ※由認定調查員等聯絡，可能會以調查員個人電話 (行動等) 去電聯絡。	
對象所在位置	<input type="checkbox"/> 自家 <input type="checkbox"/> 醫院 醫院名稱：預計出院 (月日) ・尚未決定 <input type="checkbox"/> 機構 機構名稱： <input type="checkbox"/> 其他 (市外等所在地：)		
諮詢內容	<input type="checkbox"/> 需要照護服務，欲諮詢服務之使用 <input type="checkbox"/> 欲採用白天服務・照服員服務 <input type="checkbox"/> 欲進行住宅裝修・購入福祉用具 (扶手・助行器・床等) ・採用居家照護・短期入住機構 <input type="checkbox"/> 其他 (例：最近健忘越發嚴重等，欲諮詢其他事項者，請填入此欄。) <div style="border: 1px solid black; height: 40px; margin-top: 5px;"></div>		

請就下列項目，於號碼處圈選○，或是填入文

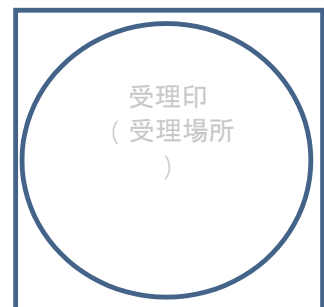
1 步行	1 . 可自理 2 . 使用手杖等行走 3 . 需要協助 4 . 無法執行
2 入浴	1 . 可自理 2 . 從旁關照或需要部分協助 3 . 無法獨立執行
3 排泄	1 . 可自理 2 . 從旁關照或需要部分協助 3 . 無法獨立執行
4 藥物管理	1 . 可自理 2 . 無法執行 ()
5 健忘	1 . 無 2 . 有 ()
6 白天活動	1 . 頻繁走動 2 . 多半坐著 3 . 多半躺著

申請書共通查核表樣式

負責部門：： 市民福祉部 照護福利課 聯絡我們：

申請等之名稱	日本介護保險「照護需求認定・支援需求認
--------	---------------------

申請人	地址：
	姓名：



	文件名	省略	可省略條件	受理窗口	負責課別
1	申請書正本	不可		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	主治醫師意見書之事前調查表	可	原則上全體人員皆須提出。 主治醫師為小出醫院 (除卻住院者) 者必須提出	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	日本介護保險被保險人證	可	遺失被保險人證時	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	其他 (申請人附加之文件等)			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>