平成 年 月 日

　　　　　　　　　様

那覇市福祉事務所

**生活保護の適正実施に係る調査票（長期入院）**

貴院に長期入院中の保護受給者について、実態把握が必要ですので、ご担当医師または退院支援ご担当職員におかれましては、ご記入くださいますようお願いいたします。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **保護受給者** | 生活保護担当ケースワーカー： | | | | |
| **ケース番号** |  | **氏　名** |  | **生年月日** |  |
| **住　所** |  | | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **１.主な傷病名** | （１）　　　　　　　　（２）　　　　　　　　（３）　　　　　　　　（４） | | | |
| **２.入院年月日** | 年　　　月　　　日 | | **３.入院期間** | 年　　　か月 |
| **４.日常的に行われている医療行為 その他特記すべき病状等** | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
| **５.看護職員による看護提供の状況 　※該当する項目を○で囲んでください** | | | | |
| （１）定時の観察のみで対応　　　 （２）定時以外に１日１回から数回の観察及び処遇が必要  （３）頻回の観察及び処遇が必要 　 （４）２４時間観察及び処遇が必要（理由：　　　　　　　　　　　　　　） | | | | |
| **６.退院に係る問題点、課題等　　※該当する項目を○で囲んでください** | | | | |
| （１）患者の医学的状態が安定しない  （具体的な内容：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  （２）医療的状態は安定しており退院が可能  　　ア 退院の日程は決定しており、退院待ちの状態  　　イ 退院先は決定しているが、退院の日程が決定していない  　　　　ａ 自宅の受け入れ状況の調整中のため  ｂ 介護施設等に受け入れが決定しているが、日程が未定のため  　　　　ｃ その他  （具体的な内容：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  　　ウ 退院先も退院日程も決定していない  ｄ 他の病院への転院が適切と考えられるが受け入れ先がない  　　　　ｅ 介護施設、福祉施設等への入所が適切と考えられるが受け入れ先がない  　　　　ｆ 退院に当たって導入する介護・福祉サービスの調整ができていない  　　　　ｇ 適切な退院先がわからない  　　　　ｈ 今後の療養に関する患者・家族の希望が決定していない  　　　　ｉ 今後の療養に関する本人の希望と家族の希望が一致しないため  　　　　ｊその他  （具体的な内容：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | |
| **７.予想される退院先　　※該当する項目を○で囲んでください** | | | | |
| （１）自宅　　（２）有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅、グループホーム等の施設  　（３）特別養護老人ホーム、介護老人保健施設等の介護施設又は障害者施設  　（４）その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | |
| **８.総合判定　　※該当する項目を○で囲んでください** | | | | |
| （１）入院医療の必要性がある | | ア 入院見込み期間（　　年　　月頃まで入院を要する）　イ　未定 | | |
| （２）入院医療の必要性がない | | ア 通院要　　　イ 通院不要　　　ウ 介護要　　　エ 介護不要 | | |
| （３）他法による入院 | | ア 感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律（結核）  　イ 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律 | | |
| 以上のとおり回答します。　　　　　　　年　　月　　日  医療機関の所在及び名称  作成者（職名：　　　　　）　　　　　　　　　　　　　　　印 | | | | |

・調査票のご記入につきましては、指定医療機関医療担当規程(昭和25年8月23日厚生省告示第222号)第7条に基づき、無償とさせて頂きます。ご了承ください。

・ご協力ありがとうございました。

**福祉事務所 記入欄**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **患者及び家族の状況　※８.総合判定が（２）となった対象者について調査を実施** | | | | | | |
| **９.身寄りの有無** | （１）有（　　人） （２）無 | | | **１０.患者・家族への確認年月日** | | 年　　月　　日 |
| **１１.退院にあたり障害のないもの** | | **帰来先** | （１）自宅　（２）扶養義務者宅　（３）施設　（４）その他 | | | |
| **１２.退院にあたり障害のあるもの** | | （１）住居なし | | | | |
| （２）住居あり | | | ア 住居が狭い又は老朽化している  イ 家族が患者の引き取りを拒む  ウ 患者が退院を嫌う  エ その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | |
| **１３.患者への調査の結果、予想される退院先** | | （１）「７.」欄の退院先と同じ  （２）「７.」欄の退院先と異なる（退院先：　　　　　　　　　　　　　） | | | | |
| **１４.退院に伴って要する措置・退院後の需要等** | |  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
| **１５.退院促進支援事業の利用について** | | （１）利用を検討する　（２）利用しない | | | | |
| ※「利用を検討する」を選択した場合は、本調査票の写しを 自立支援班 退院促進支援員 へ提出してください。 | | | | | | |