

退院支援情報連携シート

【医療機関→居宅介護支援事業所】

医療機関名及び担当部署名：()

電話番号：()

※以下の情報に関し、ご不明な点がございましたらご連絡ください。

記入日： 年 月 日

患者情報	氏名		生年月日	年 月 日 (歳)
	住所	電話番号：		
キーパー ソン情報	氏名		続柄：	
	住所	電話番号：		

入院期間		年 月 日 ~ 年 月 日			
入院した病名 (主病名)					
カン ファ レン ス 出 席 者	入院してい る医療機関	医師		OT	
		看護師		ST	
		MSW		管理栄養士	
		PT		薬剤師	
	在宅療養に かかる関係 機関※	所属	氏名	職種	
退院後の受診予定等		(医療機関名)	(受診予定日)	年 月 日	
		(医療機関名)	(受診予定日)	年 月 日	

※ 介護報酬 退院・退所加算（カンファレンスあり）に関連

【添付書類】

- 看護要約
- リハビリテーション情報提供書
- 食事情報提供書
- 薬剤情報提供書
- その他 ()

【退院後の居宅サービス計画書（ケアプラン）情報提供依頼】

- 有
- 無

※居宅サービス計画書は、患者様の署名、捺印があるものの写しをお願いいたします。