

# 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。