

ケアマネージャーとの入院患者に関する情報共有のための連絡票

◆枠内に必要事項を記入し、注意事項を確認の上FAX送信願います。

患者氏名		居宅介護支援事業所
年齢	歳	事業所名
生年月日	年 月 日	電 話
入院病棟	階 東・西	F A X

ご家族等情報共有に関して承諾は得られていますか。

◆ 情報共有の開催について

以下、内容について該当の□にチェックまたは必要事項を記入してください。

開催日時予定	年 月 日 () 午後 時 分
開催目的	<input type="checkbox"/> 情報収集 <input type="checkbox"/> 退院カンファレンス <input type="checkbox"/> その他 ()
参加予定者	
情報共有内容	<input type="checkbox"/> 入院中の経過および現在の病状 <input type="checkbox"/> 日常生活動作 <input type="checkbox"/> 療養上の注意点 (介護度・医療面)

◆注意事項

①設定時間は13:30～16:00の間でお願いします。

②この連絡票は来院予定日前日の午前中までに以下のFAX番号へ送信してください。

※以下、労災病院記載

<input type="checkbox"/> 労災病院からの返信欄
月 日 時 分にお待ちしております。
入退院支援室

送信先 FAX **053-411-0315** (浜松労災病院 患者支援センター)

※FAXの流れ 地域医療連携室→退院支援看護師→入院病棟→スキャン