

ケアマネジャーとの入院患者に関する情報共有のための連絡票

◆枠内に必要時事項を記入し、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	担当者名
入院病棟 階 東・西	電話
	FAX

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。

開催予定日時	年 月 日 () 午後 時 分
開催目的	<input type="checkbox"/> 情報収集 <input type="checkbox"/> 退院前カンファレンス <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 (介護面・医療面)

注意事項

- ①開催時間は13時30分～16時でお願いします。
- ②この連絡票は開催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

労災病院からの返信欄

月 日 時 分にお待ちしております。

入退院支援看護師 天野・植村

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