

医療機関(外来) と 地域 の 情報連携シート

第4版:令和3年10月改訂
2021/10/1

医療機関



医療機関名	順天堂大学医学部附属静岡病院
外来対応者名	()科(職種:)
電話	(代表)055-948-3111 (内線) 電話対応希望時間帯: 時~ 時
FAX	055-947-0755 (入退院支援室)
メールアドレス	なし

地域



事業所名	
担当者名	
住所	
電話	— — (電話対応希望時間帯: 時~ 時)
FAX	— —
メールアドレス	



対象者

氏名 (伏せ字記載)	様	性別	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性
		年齢	歳
病院ID番号 (8桁右詰め記載)			
対象者:生年月日	年 月 日	対象者:市町村	
要介護認定	<input type="checkbox"/> 認定なし <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 事業対象者 <input type="checkbox"/> 要支援() <input type="checkbox"/> 要介護()	障害認定等	
利用サービス	<input type="checkbox"/> 訪問() <input type="checkbox"/> 通所() <input type="checkbox"/> 短期入所() <input type="checkbox"/> 福祉用具() <input type="checkbox"/> 特定福祉用具販売() <input type="checkbox"/> 障がいサービス()		

御多忙のところ恐縮ですが、上記御利用者様の支援にあたり、下記の件について問い合わせをさせていただきます。・
[電話 FAX 郵送 メール] で (月 日まで)の御返信をよろしく願いたします。

《 》への報告・連絡・相談事項

★注意★ 医師への依頼は、従来通り「ケアプラン作成のための依頼状(函南町・伊豆の国市)」や
「主治医ケアマネ連絡票(沼津市)」「医師と介護支援専門員の連絡票(三島市)」を利用し書類係へ郵送して下さい。

- | | | |
|-------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 病状に関する事項 | <input type="checkbox"/> 内服について | <input type="checkbox"/> 家族状況について |
| <input type="checkbox"/> 医療処置に関する事項 | <input type="checkbox"/> サポート体制について | <input type="checkbox"/> 介護保険関連 |
| <input type="checkbox"/> () | | |

(内容)



病院・外来より

(対応者名:)

作成:伊豆の国市・函南町介護支援専門員連絡協議会/順天堂大学医学部附属静岡病院/伊豆の国市

情報連携について、利用者本人もしくは家族より同意を得ています(同意確認日: 年 月 日)

【お願い】 このFAXが誤って送付先以外の方に送信された場合は、恐れ入りますが直ちに発信者にご連絡
下さいますようお願い申し上げます。

送付前の最終確認

送付の前に確認チェックをしてみましょう！

- 自身の事業所名・担当者名・連絡先は記載できていますか？
- 送付先の医療機関の外来名が記載できていますか？
- 「事項」について、がついていますか？

→★注意★

医師への依頼事項については、
「ケアプラン作成のための依頼状(函南町・伊豆の国市)」や
「主治医ケアマネ連絡票(沼津市)」にて、書類係へ提出が
必要です！

- 対象者の受診時に確認・報告・連絡したい要件について、
受診予約より3日前ですか？
→受診予約までに3日ない場合には、電話で問い合わせをして
ください。

4項目すべて確認ができたなら…



順天堂大学医学部附属静岡病院

入退院支援室 へ

FAX: 055-947-0755

(順天堂大学医学部附属静岡病院 代表電話:055-948-3111)