

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



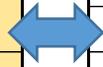
医療機関名	順天堂大学医学部附属静岡病院
外来対応者名	()科(職種:)
電話	(代表)055-948-3111 (内線) 電話対応希望時間帯: 時~ 時
FAX	055-947-0755 (入退院支援室)
メールアドレス	なし

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	

当日の日付が自動入力されています。



対象者

氏名 (伏せ字記載)	○中 △雄 様				性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性				
病院ID番号 (8桁右詰め記載)	1	2	3	4	5	6	7	8	年齢	歳
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"/> 要支援() <input type="checkbox"/> 要介護()									
利用サービス	<input checked="" type="checkbox"/> 訪問(介護) <input type="checkbox"/> 通所 <input type="checkbox"/> 福祉用具() <input type="checkbox"/> 特定									

病院IDが分からないケースが多いため、生年月日と市町村の記載欄を設けました。地域からの情報発信の際は、氏名を伏せ字にして頂いているため、人物が特定できません。IDが不明の場合は、**必ず生年月日と市町村の記載**をお願いします。

御多忙のところ恐縮ですが、上記御利用者様の支援にあ [電話 FAX 郵送 メール] で (10

《 》への報告・連絡

★注意★ 医師への依頼は、従来通り「ケアプラン作成のため」「主治医ケアマネ連絡票(沼津市)」「医師と介護支援専

- | | | |
|-------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 病状に関する事項 | <input type="checkbox"/> 家族状況について | <input type="checkbox"/> 内服について |
| <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: 3 年 10 月 1 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。