

年 月 日

入院時の情報提供連絡票

【医療機関名】

様

【居宅介護支援事業者名】

【担当者名】

TEL:

FAX:

平素より、大変お世話になっております。

下記の利用者について、情報提供いたしますので、ご査収のほどお願いいたします。

■利用者名: _____ (男・女)

■利用者生年月日 明・大・昭 年 月 日生

通信欄

受理日: _____ 年 月 日

受理者氏名

※情報提供は、利用者の心身の状況、生活環境及び介護保険サービスの利用状況の記載がある書類を添付することで可。(フェースシート等)

※入院時情報連携加算Ⅰ・・・200単位 入院時情報連携加算Ⅱ・・・100単位

退院・退所時面談記録票

面談日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

利用者氏名： _____ (男・女) 明・大・昭 _____ 年 _____ 月 _____ 日生

医療機関・施設名

- 退院・退所の情報については、別添看護サマリーのとおりです。
 退院・退所の情報については、以下のとおりです。

情報提供欄

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

情報提供先

居宅介護支援事業所名： _____

担当者名： _____

情報提供者名

所属： _____

氏名： _____

※ 情報提供は看護サマリーで可。

※ 退院・退所加算・・・300単位