## 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

太枠の欄に必要事項を記入し、注意事項をご確認の上ファックス送信願います。

磐田市立総合病院				
入院病棟	階	東	• 西	
患者氏名				
生年月日	年	月	日	

居宅介護支援	事業所		
事業所名			
担当者名			
電話	(	)	
FAX	(	)	

■承諾を得られた方の氏名をご記入ください。

氏名	患者との続柄	

## ■情報共有の開催について

以下、内容について該当項目の□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	□情報収集 □退院前カン □その他(	ノファ	レンス					)
参加予定者								
<b>情報共有内容</b> ( <b>☑</b> 以外でご確認内容があり ましたらご記入ください)	☑入院中の組 ☑日常生活動 ☑療養上の注□	协作						

- (1) 開催時間は、13時30分~16時の間でお願いします。
- (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。

送信先 FAX 0538 (38) 5246 (磐田市立総合病院 地域医療支援室)

※FAXの流れ 地域医療支援室 → 退院支援担当看護師 → 入院病棟