入院時情報提供送付状

（担当ケアマネジャー　⇒　医療機関）

医療機関名　：

ご担当者名　：

御中

居宅介護事業所名　：

担当ケアマネジャー　：

利用者/家族の同意に基づき、在宅時の医療状況および利用者情報（身体・生活機能など）を送付しますので、是非ご活用ください。

なお、退院にあたりましては途切れのない支援の必要性から、ケアマネジャーからの希望についてご配慮いただければ幸いです。

1．在宅時の医療状況について

かかりつけ医	医療機関名 医　師　名	電話番号 □　通院　　□　訪問診療 頻　度（　　）　回／月
かかりつけ歯科医	医療機関名 医　師　名	電話番号 □　通院　　□　訪問歯科診療
かかりつけ薬局	薬　局　名 薬剤師名	電話番号 □　訪問薬剤管理指導等既に介入あり
訪問看護・リハビリ	事業所名 担当者名	電話番号 頻　度　（　　）　回／月

2．ケアマネジャーからの希望

①カンファレンス等について

「院内の多職種カンファレンス」への参加	□　希望あり
「退院前カンファレンス」への参加	□　希望あり　　具体的な要望：
「退院前訪問指導」を実施する場合の同行	□　希望あり　　具体的な要望：

②退院時にいただきたい情報

□ 医療情報　□ 看護情報　□ リハビリテーション情報　□ 栄養情報　□ お薬情報

□ その他（　　）