|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 地域連携室 | 　　病棟師長 |
| 合議 |  |  |

　　　年　　　月　　　日

射水市民病院地域連携室　あて

　　　　　　　　　　　居宅介護支援事業者名

　　　　　　　　　　　　　　　担当居宅支援専門員

　　　　　　　　　　　　　　　連絡先電話番号　　　　（　　　　）

**「入院時情報提供書」の提出及び「退院時看護サマリー」の依頼**

**《 対 象 者 》**氏　　名

生年月日　M T S H 　年　　 月　 　日生　( 　才)

　　　　　　　　住　　所

医療機関情報に関する同意　　　　 　有　・　無

　　　　　 退院前カンファレンスを希望　　 　する　・　しない

 看護サマリー提出先 　ケアマネジャー　・　家族

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　渡せなかった場合は、

ケアマネジャーに連絡します。

…　　………………………………………………　き　り　と　り　せ　ん　………………………………………………

 　　年　　月　　日

居宅介護支援事業者名

担当居宅支援専門員　　　　 　　　　　 　　　　　　　様

先にご依頼のありました「退院時看護サマリー」につきましては、別紙の

とおりです。

射水市民病院地域連携室

TEL　0766-82-8136

FAX　0766-82-8764