

入院時情報共有送付状

() ⇒ 医療機関 ()

医療機関名：
ご担当者名：

御中

事業所名：
担当者名：
利用者との関係 ()

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、生活の状況など）を送付しますので、ご活用ください。

なお、退院後の途切れのないスムーズな支援が提供できるよう、在宅支援関係者からの希望についてご配慮いただければ幸いです。

対象者	ふりがな	生年月日	性別
	氏名		

1. 在宅時支援関係者

かかりつけ医	医療機関名： 医師名： 電話番号：	受診状況 <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 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：	受診状況 <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 訪問歯科診療 頻度 () 回/月
かかりつけ薬局	薬局名： 電話番号：	利用状況 <input type="checkbox"/> 訪問薬剤管理指導等の介入
訪問看護	事業所名： 担当看護師： 電話番号：	利用状況 頻度 () 回/月
ケアマネジャー・ 包括支援センター	事業所名： 担当者： 電話番号：	

2. 家族、介護者等の情報

キーパーソン 又は緊急時連絡先	【第一連絡者】 氏名： 本人との関係： 電話番号：	【第二連絡者】 氏名： 本人との関係： 電話番号：
--------------------	------------------------------------	------------------------------------

3. 本人に関する情報

要介護認定	<input type="checkbox"/> 要支援 () <input type="checkbox"/> 要介護度 () <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明
認知症状	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明
障害者手帳	<input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> 身体 <input type="checkbox"/> 精神 <input type="checkbox"/> 知的) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明
加入保険情報	<input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> 後期 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 不明
事前意思表明書	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明

4. 在宅支援関係者からの希望

<input type="checkbox"/> かかりつけ医、ケアマネ等への入院後の診断名、入院期間の目安等の情報提供（または家族への依頼）
<input type="checkbox"/> 退院前カンファレンスへの参加希望
<input type="checkbox"/> 退院前訪問指導への同行希望
【退院時にいただきたい情報】
<input type="checkbox"/> 医療情報 <input type="checkbox"/> 看護情報 <input type="checkbox"/> リハビリ情報 <input type="checkbox"/> 栄養情報 <input type="checkbox"/> お薬情報

