

医療機関(外来)と地域の情報連携シート

第3版:令和2年6月改訂

年 月 日()

医療機関



医療機関名	順天堂大学医学部附属静岡病院
外来対応者名	()科(職種:)
電話	(代表)055-948-3111 (内線) (電話対応希望時間帯: 時~ 時)
FAX	055-947-0755 (医療福祉相談室)
メールアドレス	なし

地域



事業所名	
担当者名	
住所	
電話	(電話対応希望時間:)
FAX	
メールアドレス	



対象者

氏名 (伏せ字記載)	様	性別	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性
		年齢	() 歳
病院ID番号 (8桁右詰め記載)			
要介護認定	認定なし 申請中 事業対象者 要支援(1・2) 要介護(1・2・3・4・5)	障害認定等	
利用サービス	訪問(介護・入浴・リハビリ・看護) 福祉用具()	通所(介護・リハビリ) 特定福祉用具販売()	短期入所(生活介護・療養介護) 障がいサービス()

御多忙のところ恐縮ですが、上記御利用者様の支援にあたり、下記の件について問い合わせをさせていただきます。・
[電話・FAX・郵送・メール]で(月 日まで)の御返信をよろしく願いたします。

《 》への報告・連絡・相談事項

★注意★ 医師への依頼は、従来通り「ケアプラン作成のための依頼状(函南町・伊豆の国市)」や「主治医ケアマネ連絡票(沼津市)」を利用し、書類係へ郵送してください。

- | | |
|-------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 病状に関する事項 | <input type="checkbox"/> 家族状況について |
| <input type="checkbox"/> 内服に関する事項 | <input type="checkbox"/> サポート体制について |
| <input type="checkbox"/> 医療処置に関する事項 | <input type="checkbox"/> 介護保険関連 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

(内容)



病院・外来より

(対応者名:)

作成:伊豆の国市・函南町介護支援専門員連絡協議会/順天堂大学医学部附属静岡病院/伊豆の国市

情報連携について、利用者本人もしくは家族より同意を得ています(同意確認日: 年 月 日)

【お願い】 このFAXが誤って送付先以外の方に送信された場合は、恐れ入りますが直ちに発信者にご連絡下さいますようお願い申し上げます。

送付前の最終確認

送付の前に確認チェックをしてみましょう！

- 自身の事業所名・担当者名・連絡先は記載できていますか？
- 送付先の医療機関の外来名が記載できていますか？
- 「事項」について、がついていますか？

→★注意★

医師への依頼事項については、
「ケアプラン作成のための依頼状(函南町・伊豆の国市)」や
「主治医ケアマネ連絡票(沼津市)」にて、書類係へ提出が
必要です！

- 対象者の受診時に確認・報告・連絡したい要件について、
受診予約より3日前ですか？

→受診予約までに3日ない場合には、電話で問い合わせをして
ください。

4項目すべて確認ができたなら…



順天堂大学医学部附属静岡病院

医療福祉相談室へ

FAX : 055-947-0755

(順天堂大学医学部附属静岡病院 代表電話:055-948-3111)