

神戸市版 医療介護情報引継ぎシート

ふりがな 患者名		生年月日	明・大・昭 年 月 日 (歳)
担当者	ケアマネジャー	かかりつけ医	訪問看護事業所
	事業所名: ケアマネジャー名: TEL:	医院名: 診療科: 医師名: TEL:	事業所名: TEL:
在宅時 患者情報 (※1)	入院連携シート(有・無)	紹介状(有・無)	看護サマリ(有・無)
緊急 連絡先	氏名(続柄)		電話番号
施設名		概要	
①()病院		入院期間: 年 月 日～ 年 月 日	
担当: 職種:		病名(入院原因疾患):	
連絡先:		退院時点で治療中の病気:	
特記事項:			
同意確認 同意の場合 <input checked="" type="checkbox"/> チェック	<input type="checkbox"/> 医療介護情報引継ぎシート及び在宅時患者情報(※1)を、②病院に引継ぐことについて、患者本人・家族からの同意を得ました。		

↓ 医療介護情報引継ぎシート、在宅時患者情報(※1)、①病院の看護サマリ等・診療情報提供書を提供

②()病院		入院期間:	年 月 日～ 年 月 日
担当:	職種:	病名(入院原因疾患):	
連絡先:		退院時点で治療中の病気:	
特記事項:			
同意確認 同意の場合 <input checked="" type="checkbox"/> チェック	<input type="checkbox"/> 医療介護情報引継ぎシート及び在宅時患者情報(※1)を、③病院に引継ぐことについて、患者本人・家族からの同意を得ました。		

↓ 医療介護情報引継ぎシート、在宅時患者情報(※1)、②病院の看護サマリ等・診療情報提供書を提供

③()病院		入院期間:	
担当:	職種:	病名(入院原因疾患):	
連絡先:		退院時点で治療中の病気:	
特記事項:			
同意確認 同意の場合 <input checked="" type="checkbox"/> チェック	<input type="checkbox"/> 医療介護情報引継ぎシート及び在宅時患者情報(※1)を、退院後のかかりつけ医とケアマネジャー、退院後に導入予定の訪問看護・訪問薬剤指導を実施する薬局等のサービス提供事業所に引継ぐことについて、患者本人・家族からの同意を得ました。		

↓ 必要に応じて医療介護情報引継ぎシート・在宅時患者情報(※1)を提供
 ・かかりつけ医には③病院の看護サマリ等・診療情報提供書も提供
 ・ケアマネジャー、訪問看護・訪問薬剤指導を実施する薬局等には③病院の看護サマリ等も提供

【在宅】			
令和 年 月 日 ()			へ送付しました。
令和 年 月 日 ()			へ送付しました。

(※1)在宅時患者情報
 = 患者が①病院に入院する際に、在宅時の様子がわかるものとして入手した入院連携シート・紹介状・看護サマリ