

## 医療・介護連携情報共有連絡票【担当介護支援専門員の連絡】

平成 年 月 日

病院  
先生

現在、貴院受診（入院）中の下記の患者様の介護支援専門員として担当をさせていただきます。

今後、ケアプラン作成などにおいて、先生に何かとご助言いただきたく存じますので、よろしく申し上げます。まずは、書面をもって、連絡します。

## 記

利用者	氏名	様
	生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和
	住所	日向市
	電話番号	
	認定結果	<input type="checkbox"/> 総合事業 <input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5 有効期間 ~

地域在宅 包括介護 支援事業 事業者 ↓	事業所名	
	住所	
	電話番号	
	FAX	
	担当者名	

※お手数をおかけしますが、該当患者のカルテに添付いただきますよう、お願い申し上げます。

※入院した際や退院が決まった際、または状態の著しい変化があった際などに、ご連絡をいただくと助かります。