

神戸市版 患者情報引継ぎシート(案) 前回分

資料 2-2

患者名	(男・女)	生年月日	
【介護】(ケアマネジャー) ○○居宅介護支援事業所 氏名:		連絡先:	
【医療】(主治医)		医院・クリニック・病院	科 医師名
(訪問看護事業所)		連絡先:	
緊急連絡先	氏名(続柄)	電話番号	
在宅時患者情報	<ケアマネジャー> <input type="checkbox"/> 入院連携シート(有・無)	<訪問看護事業所等> <input type="checkbox"/> サマリ(有・無)	<医師> <input type="checkbox"/> 紹介状(有・無)

※太枠内は①病院が記入してください

施設名	添付書類
① ○○病院 主に急性期病院 入院日: 年 月 日 担当: 連絡先:	<input type="checkbox"/> 在宅時患者情報
	<input type="checkbox"/> ①病院の看護サマリ等 ※リハビリサマリ、薬剤情報提供書を含む
	<input type="checkbox"/> ①病院の紹介状(診療情報提供書)
特記事項:	

② ○○病院 主に回復期病院 入院日: 年 月 日 担当: 連絡先:	<input type="checkbox"/> 在宅時患者情報
	<input type="checkbox"/> ①病院の看護サマリ・紹介状(診療情報提供書)
	<input type="checkbox"/> ②病院の看護サマリ等 ※リハビリサマリ、薬剤情報提供書を含む
	<input type="checkbox"/> ②病院の紹介状(診療情報提供書)
特記事項:	

③ ○○病院 主に慢性期病院 入院日: 年 月 日 担当: 連絡先:	<input type="checkbox"/> 在宅時患者情報
	<input type="checkbox"/> ①病院の看護サマリ・紹介状(診療情報提供書)
	<input type="checkbox"/> ②病院の看護サマリ・紹介状(診療情報提供書)
	<input type="checkbox"/> ③病院の看護サマリ等 ※リハビリサマリ、薬剤情報提供書を含む
	<input type="checkbox"/> ③病院の紹介状(診療情報提供書)

【在宅】
令和 年 月 日 ○○診療所へ送付しました。
令和 年 月 日 ○○ケアマネジャーへ送付しました。

神戸市版 患者情報引継ぎシート フローチャート(案) 前回分

