**シート②**記入日　　　年　　　　月　　　日

**担当医**　　　　　　　　　　　　　　居宅介護支援事業所：

**病棟看護師**　　　　　　　　　　　　担当ケアマネジャー：

**地域連携室担当者**　　　　　　　　　TEL：　　　　　　　FAX：

**医療と介護の連携シート（情報共有用）**

利用者名：　　　　　　　　　　　　　　様　　　　　生年月日：　　　　　年　　月　　日　（　　　）歳

介護保険認定情報　　□ 認定済み（区分　　　　）　□ 申請中（調査予定日　　　　）　□ 未申請

ケアマネジャーがご本人、ご家族より聞き取った意向等

担当医、病棟看護師より聞き取った病状、治療方針等

□ 退院前病状説明時同席希望　　　□ 退院時カンファレンス開催希望

退院時カンファレンス開催希望の理由

その他連絡事項