

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