

# 患者情報引継ぎシート(案)

資料 3 - 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) (訪問看護事業所)		医院・クリニック・病院	科 医師名 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 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px 0; text-align: center;">主に急性期病院</div> 入院日:   年   月   日 担当:       連絡先: 特記事項:	<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)

② ○○病院 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px 0; text-align: center;">主に回復期病院</div> 入院日:   年   月   日 担当:       連絡先: 特記事項:	<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)
--	---

③ ○○病院 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px 0; text-align: center;">主に慢性期病院</div> 入院日:   年   月   日 担当:       連絡先: 特記事項:	<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。