入院時情報共有送付状

（　　⇒　　医療機関　　）

医療機関名：
ご担当者名：

御中

事業所名：
担当者名：
利用者との関係（　　）

利用者、家族の同意に基づき、在宅時の医療状況および利用者情報（身体、生活の状況など）を送付しますので、ご活用ください。

なお、退院後の途切れのないスムーズな支援が提供できるよう、在宅支援関係者からの希望についてご配慮いただければ幸いです。

対象者	ふりがな		生年月日	性別
	氏　　名			

1. 在宅時支援関係者

かかりつけ医	医療機関名： 医　師　名： 電 話 番 号:	受診状況 ☐ 通　院　☐ 訪問診療 頻　度　（　　）回／月
かかりつけ歯科医	医療機関名： 医　師　名： 電 話 番 号:	受診状況 ☐ 通　院　☐ 訪問歯科診療 頻　度　（　　）回／月
かかりつけ薬局	薬　局　名： 電 話 番 号:	利用状況 ☐ 訪問薬剤管理指導等の介入
訪問看護	事 業 所 名: 担当看護師： 電 話 番 号:	利用状況 頻　度　（　　）回／月
ケアマネジャー・ 包括支援センター	事 業 所 名: 担　当　者： 電 話 番 号:	

2. 家族、介護者等の情報

キーパーソン 又は緊急時連絡先	【第一連絡者】 氏　　名： 本人との関係： 電 話 番 号：	【第二連絡者】 氏　　名： 本人との関係： 電 話 番 号：

3. 本人に関する情報

要介護認定	☐ 要支援（　　）　☐ 要介護度（　　）　☐ なし　☐ 不明
認知症状	☐ あり　☐ なし　☐ 不明
障害者手帳	☐ あり（☐身体　☐精神　☐知的）　☐ なし　☐ 不明
加入保険情報	☐ 国保　☐ 社保　☐ 後期　☐ 生活保護　☐ 不明
事前意思表明書	☐ あり　☐ なし　☐ 不明

4. 在宅支援関係者からの希望

☐ かかりつけ医、ケアマネ等への入院後の診断名、入院期間の目安等の情報提供（または家族への依頼）
☐ 退院前カンファレンスへの参加希望
☐ 退院前訪問指導への同行希望
【退院時にいただきたい情報】
☐ 医療情報　☐ 看護情報　☐ リハビリ情報　☐ 栄養情報　☐お薬情報