

	地域連携室	病棟師長
合議		

令和 年 月 日

射水市民病院地域連携室 あて

居宅介護支援事業者名
担当居宅支援専門員
連絡先電話番号 ()

「入院時情報提供書」の提出及び「退院時看護サマリー」の依頼

《 対 象 者 》氏 名

生年月日 M T S H 年 月 日生 (才)

住 所

医療機関情報に関する同意 有 ・ 無

退院前カンファレンスを希望 する ・ しない

看護サマリー提出先 ケアマネジャー・家族
〔 渡せなかった場合は、
ケアマネジャーに連絡します。 〕

..... き り と り せ ん

令和 年 月 日

居宅介護支援事業者名
担当居宅支援専門員 様

先にご依頼のありました「退院時看護サマリー」につきましては、別紙のとおりです。

射水市民病院地域連携室
TEL 0766-82-8136
FAX 0766-82-8764