

医療介護情報引継ぎシート(記入例)

ふりがな 患者名	こうべ たろう		生年月日	明・大・ 昭
	神戸 太郎 (男・女)			24 年 9 月 1 日 (70 歳)
担当者	ケアマネジャー		かかりつけ医	
	事業所名:〇〇ケアプランセンター ケアマネジャー名:〇〇 〇〇 TEL:〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇		医院名:□□クリニック 診療科:内科 医師名:□□ □□ TEL:□□□-□□□□-□□□□	
在宅時 患者情報 (※1)	入院連携シート(有・無)		紹介状(有・無)	
緊急 連絡先	氏名(続柄) 神戸 花子 (妻)		電話番号 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇	
	神戸 次郎 (子)		□□□-□□□□-□□□□	
施設名			概要	
①(A医療センター)病院			入院期間: 2023年1月24日～2023年2月24日	
担当:◇◇ ◇◇ 職種:MSW			病名(入院原因疾患): 脳出血(左麻痺)	
連絡先: 〇〇連携室 ☎〇〇〇〇-〇〇〇〇			退院時点で治療中の病気: 脳出血 高血圧 糖尿病	
特記事項: 2023年1月24日緊急手術(開頭 血腫除去術)				
同意確認 同意の場合 <input checked="" type="checkbox"/> チェック	<input checked="" type="checkbox"/> 医療介護情報引継ぎシート及び在宅時患者情報(※1)を、②病院に引継ぐことについて、患者本人・家族からの同意を得ました。			

↓ 医療介護情報引継ぎシート、在宅時患者情報(※1)、①病院の看護サマリ等・診療情報提供書を提供

②(Bリハビリテーション)病院			入院期間: 2023年2月24日～2023年7月20日	
担当:◆◆ ◆◆ 職種:退院調整看護師			病名(入院原因疾患): 脳出血(左麻痺)	
連絡先: ●●連携室 ☎●●●●-●●●●			退院時点で治療中の病気: 脳出血 高血圧 糖尿病	
特記事項: 本人は在宅に戻りたいが、家族が在宅介護に自信がない。				
同意確認 同意の場合 <input checked="" type="checkbox"/> チェック	<input checked="" type="checkbox"/> 医療介護情報引継ぎシート及び在宅時患者情報(※1)を、③病院に引継ぐことについて、患者本人・家族からの同意を得ました。			

↓ 医療介護情報引継ぎシート、在宅時患者情報(※1)、②病院の看護サマリ等・診療情報提供書を提供

③(C)病院			入院期間: 2023年7月20日～2023年9月19日	
担当:×× ×× 職種:MSW			病名(入院原因疾患): 脳出血(左麻痺)	
連絡先: ××連携室 ☎××××-××××			退院時点で治療中の病気: 脳出血 高血圧 糖尿病	
特記事項: 2023年9月5日 在宅療養に向けての退院カンファレンス開催 9月10日 外泊試行(1泊2日)				
同意確認 同意の場合 <input checked="" type="checkbox"/> チェック	<input checked="" type="checkbox"/> 医療介護情報引継ぎシート及び在宅時患者情報(※1)を、退院後のかかりつけ医とケアマネジャー、退院後に導入予定の訪問看護・訪問薬剤指導を実施する薬局等のサービス提供事業所に引継ぐことについて、患者本人・家族からの同意を得ました。			

↓ 必要に応じて医療介護情報引継ぎシート・在宅時患者情報(※1)を提供
 ・かかりつけ医には③病院の看護サマリ等・診療情報提供書も提供
 ・ケアマネジャー、訪問看護・訪問薬剤指導を実施する薬局等には③病院の看護サマリ等も提供

【在宅】				
令和5年	9月	12日	(〇〇ケアプランセンター)	へ送付しました。
令和5年	9月	12日	(□□クリニック △△訪問看護ステーション)	へ送付しました。

(※1)在宅時患者情報
 =患者が①病院に入院する際に、在宅時の様子がわかるものとして入手した入院連携シート・紹介状・看護サマリ