

様式1-2

情報提供日：20 年 月 日

入院時の情報提供連絡票

【医療機関名】

様

【居宅介護支援事業者名】

【担当者名】

TEL:

FAX:

平素より、大変お世話になっております。

下記の利用者について、情報提供いたしますので、ご査収のほどお願いいたします。

■利用者名： (男・女)

■利用者生年月日 西暦 年 月 日 生

■ 入院時の情報については、別添「入院時情報提供書」のとおりです。

■ 情報提供方法(面談 • FAX、郵送等)

通信欄

受理日:20 年 月 日

受理者氏名

※FAX、郵送等で情報提供を受けた病院は、受理日・受理者氏名を記載の上、
居宅介護支援事業所あてにFAXでご返信願います。

※入院時情報連携加算 I ……250単位 入院時情報連携加算 II ……200単位