

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