

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: _____ ()

■入院時の情報については、別途「入院時情報提供シート」のとおりです。

■情報提供方法 (面談 ・ FAX、郵送等)

通信欄

受理日: _____ 年 月 日

受理者氏名 _____

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

※入院時情報連携加算Ⅰ(入院後3日以内)・・・200単位 入院時情報連携加算Ⅱ(入院後7日以内)・・・100単位