

FAX 岩手病院 退院カンファレンス申込み用紙

カンファレンス実施日時につきましては後日、電話・FAXなどでご連絡申し上げます。

宛先：独立行政法人 国立病院機構 岩手病院 地域医療連携室 宛

FAX 0191-25-2429 (連携室直通)

下記項目の適合するものにレ点をつけ、**下線に記入**し、FAXにて申し込んでください。

申込み年月日：平成 年 月 日	患者情報
事業所： _____	入院病棟： <input type="checkbox"/> 1病棟 <input type="checkbox"/> 2病棟
ケアマネジャー： _____	氏名： _____ <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
連絡先：TEL： _____	年齢： _____ 歳 生年月日： <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> S 年 月 日
FAX： _____	住所： _____

カンファレンス希望日

第1希望日：平成	年	月	日 ()	時間：	:	頃
第2希望日：平成	年	月	日 ()	時間：	:	頃
第3希望日：平成	年	月	日 ()	時間：	:	頃

参加予定者

①	⑥
②	⑦
③	⑧
④	⑨
⑤	⑩

院内スタッフへの参加希望

主治医 病棟看護師 リハビリスタッフ (PT OT ST) ME MSW
 その他 ()

※スタッフによっては当日、参加できない場合がありますのでご了承ください。

カンファレンス必要物品

診療情報提供書 (宛先： _____ 目的： _____)
 看護サマリー
 リハビリサマリー (宛先： _____)
 訪問看護指示書 (宛先： _____)
 その他 (_____)

※1 退院・退所情報提供書について、当院では看護サマリーにて対応をお願いしています。

※2 情報提供書・指示書等について、施設指定の様式がありましたら早急にお送り下さい。

特記事項