

はこだて医療・介護連携サマリー【基本ツール②】 在宅⇒病院用

資料 1

情報提供先 施設名称		情報提供先 担当者名	
---------------	--	---------------	--

御中

様

氏名	
----	--

医療・介護サービス利用状況	週間スケジュール								
		月	火	水	木	金	土	日	
	AM								
PM									
備考									
	サービス内容		サービス提供事業者・担当者			主なサービス内容等			
<input type="checkbox"/>	①訪問診療								
<input type="checkbox"/>	②訪問歯科診療								
<input type="checkbox"/>	③訪問看護								
<input type="checkbox"/>	④訪問介護								
<input type="checkbox"/>	⑤訪問入浴								
<input type="checkbox"/>	⑥訪問リハ								
<input type="checkbox"/>	⑦通所リハビリ								
<input type="checkbox"/>	⑧通所介護								
<input type="checkbox"/>	⑨ショートステイ								
<input type="checkbox"/>	⑩住宅改修								
<input type="checkbox"/>	⑪福祉用具								
<input type="checkbox"/>	⑫他()								
<input type="checkbox"/>	⑬他()								
生育歴・生活歴									
家族構成図	<input type="checkbox"/> =男性 <input type="checkbox"/> =女性 <input checked="" type="checkbox"/> =本人 KP=キーパーソン		氏名			続柄		連絡先	
			1 (住所)						
			(備考・携帯番号等)						
			2 (住所)						
			(備考・携帯番号等)						
			3 (住所)						
			(備考・携帯番号等)						
			緊急連絡先						

本サマリーの記入者	所属名				
電話	FAX	記入者	函館次郎	作成日	