

入院時情報提供シート (ケアマネジャー ⇒ 医療機関)

医療機関名

担当者

様

ご利用者及びご家族の同意のもとに、下記の情報を提供させていただきます。  
退院時に連絡をいただきたく、よろしくお願いたします。

Table with 2 columns: Field Name, Value. Fields include: 事業所名, 電話番号, FAX番号, 担当者名.

Main form containing personal information (Name, Birthdate, Age, Sex), economic status, emergency contact, family structure, medical history, ADL/IADL, and other health-related details.