

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: Information field (事業所名, 電話番号, FAX番号, 担当者名) and empty space for input.

Main form containing personal information (氏名, 生年月日, 年齢, 性別), economic status, emergency contact, family structure, ADL, and medical history sections.