

# 退院調整連絡書

【碧南市民病院 患者サポート室】

【事業所】

担当者：  FAX：0566-46-3774		事業所：  担当者：
------------------------------	--	------------------

## 【①事業所の皆様へのお願い】

当該患者様について、退院に向けた調整が必要な時期になりましたので、ご連絡させていただきます。サービス調整上、確認しておきたい医療的な指示や情報について、会議実施希望日時をご家族・関係者と調整の上、連携方法や確認事項について必要事項を記載し返信してください。

患者様に関する退院調整を効果的に行なうため、事前の情報共有にご協力よろしく申し上げます。

患者氏名	様	(当院 ID : )
当院・患者の状況	<input type="checkbox"/> 退院調整会議を行ないます。 <input type="checkbox"/> 本人の参加が可能です。 <input type="checkbox"/> 本人の参加が困難です。 <input type="checkbox"/> その他 { }	

## 【②実施希望に関する返信】

実施希望確認	<input type="checkbox"/> 参加します。 <input type="checkbox"/> 欠席します。 <input type="checkbox"/> 情報提供書類の交付を希望します。	
開催日時希望	<input type="checkbox"/> 第1希望日：    年    月    日 (    )    時    分～ <input type="checkbox"/> 第2希望日：    年    月    日 (    )    時    分～ <input type="checkbox"/> 第3希望日：    年    月    日 (    )    時    分～	
(実施の場合)参加関係者		
特に確認したい項目		

## 【③連携方法の決定事項】

決定確認事項	<input type="checkbox"/> 情報提供書類が準備でき次第 FAX 送信します。 <input type="checkbox"/> 下記日時で会議を開催します。 開催日時：    年    月    日 (    )    時    分～ 場所：	
--------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--