

様・ご家族様

入院退院をスムーズにするため、病院と連携いたします。入院時に担当ケアマネジャーをお知らせするため、この紙を病院にお渡しください。

病院関係者様

下記が _____ 様の担当ケアマネジャーをしております。必要時ご連絡ください。

■担当ケアマネジャー（介護支援専門員）

事業所・地域包括支援センター名）

氏名）

■連絡先

住所）〒

電話）

FAX）

シズケア活用） 可 ・ 不可

＜様式活用にあたって＞

★印刷時の注意

- 原則A4サイズ
（介護保険証等サイズは避けてください）
- 原則白地紙印刷
（保険証等と同色は避けてください。赤・黄・青は×）

★医療介護の連携強化のため、入院時に医療機関との連携促進する観点からケアマネの氏名等を入院先に提供依頼することが義務付されました。

事業所にて決まりの様式がないようでしたら、当様式をご活用ください。