**【介護支援連携指導シート（基本情報連携シート）】**　　　　　　　　(word版)

**様式３**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 医療機関名 |  | | | | | 入院日 | |  |
| 実 施 日 |  | | | | | | | |
| 担 当 者 |  | | | 職　 種 | |  | | |
| ふりがな |  | |  | 性別 |  | | | |
| 患者氏名 |  | | 様 | 生年月日 | | |  | |
| 病　 名 |  | | | | | | | |
| 説明を受けた人 | |  | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 【**ご本人の意向**～患者様がどのように希望しましたか～】 | |
| 【**ご家族の意向**～ご家族がどのように希望しましたか～】 | |
| 【**意向を踏まえてサービス導入に至った理由と予定サービス**（説明内容）】 | |
| 【**介護保険の情報(この時点での介護認定状況と担当者)**】 | |
| 介護保険情報 | 認定期間 |
| 事業所 | 介護支援専門員 |

|  |
| --- |
| **【支援計画の内容**(これから何をしていくか)**】** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **情報提供先** | 事業所： | 介護支援専門員： |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **【情報提供**（情報提供するものに☑を記入）**】** | | |
| □患者様基本情報 |  | |
| □ケ ア 情 報 | □看護サマリー　　　　□その他の情報： |  |
| □そ　の　他 |  | |

**情報提供同意**：上記の介護支援専門員への情報提供について下記の署名をもって同意します。

　　　　　　　　　　 介護支援専門員が必要な各専門職（看護・薬剤・リハビリなど）からの情報提供

にも承諾します。

平成　　　年　　　月　　　日

　ご本人・ご家族の署名（同意について）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　続柄

　　※ご本人・ご家族へ原本をお渡しします。　※指導料算定には介護支援専門員の来院とケアプラン添付を要する。