☆医療機関側のチェックリスト☆

【記載者：　　　　　　　　　　】

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 入院患者名：　　　　　　　　　　様 | | 入院日：　年　月　日（　曜日） | | |
| 場面 | 行動 | ✲チェック | 備考 | 仕組み |
| 入院時 | 1.医療保険証のカバーにCMの名刺等がはさまれているか確認した。 | （　　） |  | 入2 |
| 2.名刺等に記載があるCMに連絡を入れた。  日付：　　　年　　　月　　　日  方法：電話（　　）  不在のためFAX（　　） | （　　） |  | 入2 |
| 3.CMと訪問日の調整が出来た。  事業所名：  ＣＭ氏名：  訪問日：　　　月　　　日  訪問時間： | （　　） |  | 入3－1 |

筑紫地区在宅医療介護連携推進検討会議作成様式