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 (　　　) | | |
| 場面 | 行 動 | チェック | 備 考 | 仕組み |
| 入院時 | 1.　担当ケアマネジャーを把握するため、患者の保険証セットを確認した。 | □ |  | 入1 |
| 2.　名刺等に記載があるケアマネジャー（居宅介護支援事業所）に連絡を入れ、入院したことを知らせた。  日付：　　　　　年　　　　月　　　　日   * 電話（　　） * 不在のためFAX | □ |  | 入2 |
| 3.　ケアマネジャーと来所日等の調整をした。  事業所名：  ＣＭ氏名：  来所日時:  　　　 　月　　 　　日 （　 　） 　 **：** | □ |  | 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