**在宅医療・介護連携推進に関する情報提供書＜送信先　FAX；572-6672　表紙不要＞**

**◆対象：病院**　　　

|  |  |
| --- | --- |
| **記入年月日** | **年　　　　　　月　　　　　日** |
| **記入者所属名** |  |
| **氏名** |  |

**Ⅰ基本情報**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **病院名** |  | | | | |
| **所在地** |  | | | | |
| **連絡先　　　（代表）** | **℡** |  | | **fax** |  |
| **e-mail** |  |  | | |
| **ホームページ** |  | | | | |
| **併設関連機関** | **□地域包括支援センター　□居宅介護支援事業所　□訪問看護**  **□訪問介護　□訪問入浴介護　□通所介護　□通所リハビリテーション　□訪問リハビリテーション　□短期入所生活介護　□短期入所療養介護**  **□福祉用具貸与　□介護老人福祉施設　□介護老人保健施設　□特定施設入居者生活介護　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）**  **□関連機関の併設はない** | | | | |

**Ⅱ診療情報**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **入院時　連携部門** | **退院調整　連携部門** |
| **部署名** |  |  |
| **電話番号　（直通）** |  |  |
| **FAX** |  |  |
| **営業日** |  | |
| **従事者** | **MSW　　　　　人　　　　退院調整看護師　　　人　　その他　（　　　　　　　　　）** | |
| **訪問診療** | **□行っている　　　　人/週　　　　　　□行っていない** | |
| **往診** | **□行っている　　　　人/月　　　　　　　　　　□行っていない** | |
| **地域包括ケア病棟** | **□併設あり　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　床**  **□併設していない** | |
| **特徴・PR**  **（レスパイトの受け入れ、緩和ケアチームの有無、病院の特徴等）** | **（貴事業所の案内チラシを添付して頂いても構いません。）** | |

**Ⅲ当センターホームページ（在宅医療・介護連携事業所一覧）において上記掲載することについて**

□同意する　　　　　　　　　　□同意しない

※出来るだけ最新情報の掲載を行っていきたいと思いますので情報に変更がありましたら、福島市在宅医療・介護連携支援センター迄メールまたはfaxにてご連絡いただきますようよろしくお願いいたします。尚、情報提供書はホームページからダウンロードできますのでご利用ください。