

退院時面談希望依頼書

記入日： 年 月 日

発信元

【事業者名】	
【担当者名】	
【連絡先】	TEL : FAX :

送付先

【医療機関名】	
知多厚生病院 地域医療福祉連携センター	
【連絡先】	TEL : 0569-83-1661 FAX : 0569-83-1666



入院患者氏名	
生年月日	
性別	
当院入院病棟	
面談希望日時	① 年 月 日 (曜日) 時 分 ~ 時 分
	② 年 月 日 (曜日) 時 分 ~ 時 分
	③ 年 月 日 (曜日) 時 分 ~ 時 分

面談依頼は以下の条件のもとお受け致します。

- ◇ FAX等による文書作成依頼には対応できませんのでご了承下さい。
- ◇ 面談には家族あるいはご家族が同席することを原則とします。
- ◇ 患者あるいは家族が同席しない場合、個人情報利用に関する同意書及び介護支援専門員証の提示をお願いします。
- ◇ 退院時情報提供書は介護支援専門員が作成していただくことを原則としています。