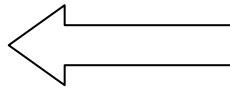


# 介護情報提供書

年 月 日

独立行政法人国立病院機構 宮城病院 地域医療連携室	
TEL	( )
Fax	( )



居宅介護 支援事業者	
担当者名	
TEL	( )
Fax	( )

下記利用者の在宅支援、介護サービス提供やケアプラン作成にあたって、ご教授願いたい事項がございますのでよろしくお願いいたします。

## 【利用者】

利用者氏名	(男・女)	生年月日	M・T・S	年	月	日生(才)
-------	-------	------	-------	---	---	-------

## 【相談希望部門】(相談を希望する部門を で囲んでください)

医師・担当看護師・PT・OT・ST・薬剤師・栄養士・MSW
氏名

## 【退院後の在宅支援、介護サービス提供時の状況・ケアプランに対する質問など】

質 問 内 容	
回 答 ( 返 信 )	