

入院時情報提供の手引き

気仙沼・南三陸地域在宅医療福祉推進委員会
宮城県ケアマネジャー協会気仙沼支部

1. 背景・目的

気仙沼・南三陸地域在宅医療福祉推進委員会在宅療養システム部会において意見交換を重ねる中で、ケアマネジャー等から入退院時の病院との連携に課題を感じているとの意見があり、病院とケアマネジャー等との間で、入院当初から在宅復帰に向けてイメージを共有する必要があることがわかりました。

また、国が病院の入院の期間の短縮化を進めている昨今、回復期病棟がない当圏域では、短期間で効率的な質の高い退院支援を行うことが必要とされております。その実現には、病院側が入院当初から退院後の生活を想定した支援を行うことが必要不可欠であり、病院とケアマネジャー等の双方の支援者が入院当初から利用者（患者）の入院前の生活状況や、本人・家族の生活への希望や意向等の情報を共有し、利用者（患者）が円滑に在宅復帰できるよう共通の目標を持って取り組んで行くことが重要です。

ケアマネジャーが病院に提供する「入院時情報提供」は、単に情報を伝えるためだけでなく、「顔の見える連携」を図る最初の一步であり、早期から円滑な在宅復帰に向けて共に取り組んでいく関係を作るために非常に重要な機会です。

今回、当圏域で共通の目的意識を持った「入院時情報提供」が広く行われることを目指し、その目的と視点を「手引き」としてまとめ、「添え状(様式1)」、「情報提供書(様式2)」の共通様式、「提出先一覧」を作成しました。

多くのケアマネジャーの方に本主旨を御理解いただき、当圏域で「利用者(患者)の円滑な在宅復帰」に向けた連携体制が構築されるようお役立てください。

※なお「情報提供書(様式2)」につきましては、医療機関や介護保険事業所等への情報提供にも活用できる内容となっておりますので、入院時以外の情報提供にもご活用ください。

2. 入院時情報提供書の作成にあたって

◆ 入院時情報提供は、ケアマネジャーから病院・診療所等の医療機関に向けて利用者（患者）の「入院前の生活状況や本人・家族の生活への希望や意向」を伝えるために実施されるものです。

◆ 「退院支援を行う上で重要な情報であるが、病院では把握が難しい情報」や「病院での看護やリハビリテーションの内容に反映して欲しい・参考になる情報」を伝えるようにしましょう。また、病院が知りたい情報は、

部署や利用者の状態によって異なります。一方的な情報提供とならないよう、病院側の要望も伺いながら情報提供を進めてください。



以下のとおり情報提供すべきポイントをまとめましたので、入院時情報提供書を作成する際にぜひ参考にしてください。

(1) 医療情報（既往歴）

複数の疾患を有する場合や経過が長期に渡る場合等に既往歴をまとめておくと、病院側で治療経過が早急に把握できないときなどに参考になります。

また一見入院と関係ないと思われる既往歴でも、参考になる場合がありますので整理して記載しましょう。



- | | |
|--------|------------|
| ・ 既往歴 | ・ 手術歴 |
| ・ 治療経過 | ・ アレルギーの有無 |

情報提供書の該当項目

- ★ 既往歴・手術歴・治療経過・症状等
- ★ アレルギー等

(2) 在宅支援体制（医療・介護サービス）

在宅で生活を支える医療・介護サービス等の支援体制や利用状況が把握できると、早期から退院後の支援体制整備に向けて連携を図ることも可能となります。

- | |
|--|
| ・ 主治医，かかりつけ医（受診している病院）
： 受診頻度，訪問診療利用の有無 |
| ・ 歯科医師 |
| ・ 訪問看護，訪問リハビリテーション |
| ・ 薬局 |
| ・ 介護サービス
（訪問介護，訪問入浴介護，通所介護，通所リハ等） |
| ・ 福祉用具貸与 |
| ・ 日常生活自立支援事業「まもり一ぶ」，成年後見人等 |
| ・ その他のインフォーマルサービス |



情報提供書の該当項目

- ★ 在宅支援体制・サービス利用状況
- ★ 主治医
- ★ その他受診医療機関
- ★ かかりつけ歯科医院
- ★ かかりつけ調剤薬局

(3) 入院前の身体状況、生活状況（ADL の自立度（手段、介助量）一日の過ごし方、生活上の困りごと等）

入院前の自立度はゴール設定の参考になります。また介助量の記載だけでなく、サービスの利用で実施しているもの（入浴等）についても記載しましょう。嗜好や一日の過ごし方（自室ベッド上で過ごす、居間で過ごす、日課の有無、等）も生活状況の参考になります。

また、筋力低下の有無など記載しておくことで、廃用症候群のリスクも伝えられます。



<ul style="list-style-type: none"> ・身体状況 (関節可動域制限, 筋力低下, 関節痛など) ・ADL の自立度 ・移動手段 (自宅, 外出時, 補助具の使用, 自立度・介助量) ・入浴場所 ・排泄方法 	<ul style="list-style-type: none"> ・食事形態 ・一日の過ごし方 ・嗜好 ・生活歴 (家庭内での役割) ・社会参加の状況 (近所つきあいや地域での役割) ・外出頻度
---	---

情報提供書の該当項目

- ★ 麻痺～言語障害等
- ★ 生活歴, 趣味・嗜好等
- ★ 一日の過ごし方, 社会参加の状況, 外出頻度等
- ★ 特記事項(生活上の支障, 困り事, 課題等)

(4) 介護者の状況（介助量や家族指導の必要性）

老老介護や日中独居であり、同居家族がいても介護負担を増やせない場合や介護方法を新しく覚えなくてはいけない場合があります。自宅でのように、誰の介助を受けて生活をしていけばいいのか、入院中に家族指導の必要はあるのかなど、退院支援に向けての判断の参考となるように記載しましょう。

また、キーパーソンや家族の中での役割等があれば記載しましょう。単身、高齢者世帯のケースでは、同居家族以外の協力者の有無、役割等を記載しましょう。



<ul style="list-style-type: none"> ・主介護者の介護力, 理解力等 ・日中の生活状況

情報提供書の該当項目

- ★ 家族構成・介護者の状況
- ★ 特記事項(生活上の支障, 困り事, 課題等)

(5) 住環境や福祉用具の使用

住環境や福祉用具の使用歴だけでなく、使用上の制限(廊下幅や段差等)も入院中のリハビリテーションの実施には非常に重要な情報です。また、入院前からの本人・家族の困りごとがあれば合わせて伝えましょう。

住環境に関する情報は、情報提供書だけでは伝えられないことが多いあります。住環境や生活がイメージでき、在宅生活に適應できるようリハビリテーションの実施につながるように、必要に応じて添付資料(写真や簡単な間取り図, 配慮したい点等)もお渡しください。入院時の情報提供に間に合わない場合は、リハビリテーション担当者に直接伝えてもよいでしょう。



<ul style="list-style-type: none"> ・住環境に関する写真や間取り図 (トイレ・浴室・玄関・寝室・居間・駐車場等, 動線に関わる場所) ※玄関から駐車場までの距離や自宅周囲の坂道や不整地の状況なども参考になります。
--

情報提供書の該当項目

- ★ 住環境に関する特記事項
- ★ 在宅支援体制・サービス利用状況

(6) 認知症の症状、認知機能に関すること

環境の変化に伴い、認知症に伴う行動や心理状況も変化する場合があります。入院前の様子や環境への必要な配慮などを伝えましょう。



- ・ 認知症の症状、認知機能
- ・ BPSDの状態（妄想、徘徊、介護拒否、せん妄、昼夜逆転 等）

情報提供書の該当項目

- ★ 会話の理解
- ★ 認知症

(7) 処置や服薬に関する状況

入院中も退院後も服薬管理を適切にすることが重要です。服薬の自立度や介助・サービスの利用状況を伝え、入院中から適切な服薬管理ができるようにしましょう。



また、服薬方法に工夫が必要なケースの場合は、具体的に記入しましょう（錠剤は飲めないので全て粉砕している。服薬ゼリーを使用している等）。

- ・ 服薬状況・自立度
- ・ 一包化の必要性

情報提供書の該当項目

- ★ 服薬内容、服薬している市販薬等
- ★ 服薬状況・方法（粉砕・ゼリー等）

(8) 在宅生活への本人・家族の意向

在宅生活に対する本人・家族の意向や意欲、思いなど入院前にどのように考えていたのかを伝えることも重要です。

家族の意向を記入する際は、家族の誰の意向なのかわかるように記載しましょう。



- ・ 本人の思い、生活への希望
- ・ 家族の思い

情報提供書の該当項目

- ★ 在宅生活への本人・家族の意向等

(9) ケアマネジャーとして退院後の生活で課題になると想定されること

退院後の生活が入院前と変わると予想され、解決が必要な課題となると思われる事項について、病棟でのケアやリハビリテーションにて配慮いただきたい内容について、ポイントをしばり簡潔に伝えましょう。「添え状」の追記に補足してもよいでしょう。



- ・ 段差や動線への配慮
- ・ 病識について（病気や治療の理解）
- ・ 介護力
- ・ 経済状況

情報提供書の該当項目

- ★ 特記事項（生活上の支障、困り事、課題等）
- ★ 「添え状」の追記

【留意事項】

- ◆ 病院内で関わるスタッフが入院時にカルテを確認して情報収集する際に、入院情報提供書の内容も確認できるように、入院後なるべく早く情報提供するように心がけましょう。またやむを得ず遅くなる場合は、必要な情報が多職種に伝わるように、リハビリテーション担当者へ直接情報提供するなど、方法を工夫してください。

- ◆ 情報提供書が入院中のケアや退院支援に役立てるためのツールになるよう心がけましょう。また、病院が連絡しやすい関係作りを日頃から心がけましょう。
- ◆ 情報は「量」ではなく、「質」も重要です。読み手のことに配慮して簡潔にまとめましょう。また、特に重要と思われる情報を重点的に伝えるような記載にしましょう。
- ◆ 「入院時情報連携加算」(表1：留意事項②参照)の算定上、記録が必要な事項について記載漏れに注意しましょう。

表1：入院時情報連携加算について

利用者が病院又は診療所に入院するに当たって、その病院又は診療所の職員に対し、利用者の心身の状況や生活環境の等利用者にかかる必要な情報を提供した場合に所定の単位数を算定するもの。

入院時情報連携加算(Ⅰ) 200単位

入院時情報連携加算(Ⅱ) 100単位

【算定要件】

- ① 入院時情報連携加算(Ⅰ)
病院に出向き、当該病院の職員に対し当該利用者の「必要な情報」を提供していること。
- ② 入院時情報連携加算(Ⅱ)
上記以外の方法で当該病院の職員に対し当該利用者の「必要な情報」を提供していること。
- ③ 利用者が入院してから遅くとも 7日以内に情報を提供していること。
- ④ 利用者一人につき1月に1回を限度として算定ができる。

【留意事項】

- ① 「必要な情報」とは利用者の心身の情報(疾患・病歴、認知症の有無や徘徊等の行動の有無など)、生活環境(家族構成、生活歴、介護者の介護方法や家族介護者の状況など)およびサービスの利用状況をいう。
- ② 情報提供を行なった日時、場所(病院に出向いた場合)、提供内容、提供方法(面談、FAX 等)について居宅サービス計画書等に記録すること。

3. 添え状(様式1)について

入院時にケアマネジャー行う情報提供の目的を病院に理解してもらうことが、利用者(患者)の円滑な在宅復帰に向けた連携体制の構築の一步となります。

そこで、入院時情報提供が単なる文書のやりとりとならないように、入院時情報提供の主旨・目的、退院調整に向けて連携を図りたい事項を記載した共通の「添え状」を作成しました。ケアマネジャーの意向を書面でも示すことで、その後病院内で職員内の伝達に活用いただくことも可能です。

病院からケアマネジャーの連絡は、病院側の協力があってこそ実現します。本様式を使用した情報提供は基本的に面談にて実施してください。「退院に向けてのお願い」については、口頭でも必ずお伝えいただき、それ以降の連携については病院側の意向を確認の上、相談しながら進めていくようにしましょう。

4. 入院時情報提供書(様式2)について

入院時情報提供を行っていない事業所に向けて、入院時情報提供書の様式を作成しました。本手引きで示したポイントを意識しながらお使いください。

また、既に入院時情報提供を行っている事業所については、書き換え等の作業負担が生じることや、事業所毎の意図や工夫を活かすために、既存の情報提供書の使用も可能です。ポイントを踏まえた上での情報提供書の作成をお願いします。

病院名

 病院 御中
 (_____ 階 _____ 病棟)

情報提供日 _____ 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

情報提供方法 _____ 面談・FAX・その他(_____)

入院時情報提供書

入院情報提供書はケアマネジャーから入院先の病院に向けて、患者(利用者)の在宅での生活状況、ご本人・家族の望む暮らし等を伝え、入院時から退院後の在宅生活のイメージを作り、患者(利用者)の円滑な在宅復帰を目指すための連携を図ることを目的としております。

日頃より大変お世話になっております。

下記の利用者様の介護等の情報を別添のとおり提供いたします。(情報提供にあたっては利用者本人及び家族の同意を得ております。)入院中のケアや退院調整に御活用いただければ幸いです。また、下記の通りご連絡いただければ、退院後のサービス調整に向けてご本人・ご家族との面談や病院等の情報交換等を進めて参ります。

ご利用者様 氏名：

様

退院に向けてのお願い 下記に該当する場合、ご連絡をいただければ幸いです。

- 退院日が決定した場合
- 退院の方向性が決定した場合 (おおよその時期やそれまでの方針)
- リハビリテーションが開始された場合、または開始予定となった場合
- ケースカンファレンスが開催される場合
- その他 (_____)

また、必要に応じ、退院に向けて、または退院時の情報提供を依頼することがありますので、その際はご協力の程宜しくお願いいたします。

追記

居宅介護支援事業所名

介護支援専門員 (ケアマネジャー) 氏名

住所： 〒 _____

T E L : _____

F A X : _____

メー ル : _____



病院名

病院 御中

(階 病棟)

提供方法

方法によって加算が異なるので記録します。

情報提供日 平成 年 月 日

情報提供方法 面談・FAX・その他()

入院時情報提供書

入院情報提供書はケアマネジャーから入院先の病院に向けて、患者(利用者)の在宅での生活状況、ご本人・家族の望む暮らし等を伝え、入院時から退院後の在宅生活のイメージを作り、患者(利用者)の円滑な在宅復帰を目指すための連携を図ることを目的としております。

日頃より大変お世話になっております。

下記の利用者様の介護等の御活用いただければ幸いです。

退院に向けてのお願い

その後の対応に必要な項目にチェックを入れましょう (無駄にチェックをいれない)

たします。(情報提供にあたり、入院中のケアや退院調整にいただければ、退院後のサービス調整等を進めて参ります。

ご利用者様 氏名:

退院に向けてのお願い

下記に該当する場合、ご連絡をいただきます。

- 退院日が決定した場合
- 退院の方向性が決定した場合(おおよその時期やそれまでの方針)
- リハビリテーションが開始された場合、または開始予定となった場合
- ケースカンファレンスが開催される場合
- その他 ()

リハビリテーションの見学希望や、情報交換を行いたい場合など、その後の対応を考慮して行ってください。

情報提供書に記載できなかった事項や、特に気を付けて欲しい点等を記載してください。

また、必要に応じ、退院に向けて、または退院時の情報提供を依頼しますので、その際はご協力の程宜しくお願いいたします。

追記

追記欄の横線

居宅介護支援事業所名

介護支援専門員(ケアマネジャー)氏名

〇〇〇ケアプランセンター

気仙沼 保福

住所: 〒988-0066

気仙沼市東新城△-△-△

TEL: 0226-22-△△△△

FAX: 0226-22-△△△△

メール: Aaaaaa-aa123@bbb.cc.jp



情報提供書 (様式 2)

情報提供書(医療機関・介護保険事業所等)				
フリガナ		性別	生年月日	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> H 年 月 日 歳
本人氏名	様 <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	日中の連絡先		
住所	〒 -	緊急時連絡先	①	②
介護保険情報	要介護度 <input type="checkbox"/> 要支援 <input type="checkbox"/> 要介護 <input type="checkbox"/> 申請中 (<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 更新 <input type="checkbox"/> 区分変更 → 申請日 H 年 月 日)	被保険者番号	有効期間	H 年 月 日 ~ H 年 月 日
障害認定等	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 【 <input type="checkbox"/> 身 <input type="checkbox"/> 精 <input type="checkbox"/> 療 (級・度 種)】 <input type="checkbox"/> 特定疾患 <input type="checkbox"/> その他 () 障害名			
在宅生活への本人・家族の意向等	一日の過ごし方、社会参加の状況、外出頻度等			
生活歴 趣味 嗜好等	特記事項 (生活上の支障、困り事、課題等)			
在宅支援体制 利用状況	<input type="checkbox"/> 訪問診療 (月 回) <input type="checkbox"/> 訪問歯科診療 (月 回) <input type="checkbox"/> 往診 <input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導 <input type="checkbox"/> 医師 (月 回) <input type="checkbox"/> 歯科医師 (月 回) <input type="checkbox"/> 薬剤師 (月 回) <input type="checkbox"/> 管理栄養士 (月 回) <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 (月 回) <input type="checkbox"/> 看護職員 (月 回) <input type="checkbox"/> 訪問看護 (月 回) <input type="checkbox"/> 訪問リハ (月 回) <input type="checkbox"/> 通所リハ (月 回) <input type="checkbox"/> 訪問介護 (月 回) <input type="checkbox"/> 訪問入浴 (月 回) <input type="checkbox"/> 通所介護 (月 回) <input type="checkbox"/> ショートステイ (月 日程度) <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与 () <input type="checkbox"/> その他 ()			
既往歴 手術歴 治療経過 症状等	主治医	医療機関名	医師名	受診頻度
	その他受診医療機関			
	かかりつけ歯科医院			
	かかりつけ調剤薬局			
処方内容、服用している市販薬等	家族構成・介護者の情報		住環境に関する特記事項	
	<input type="checkbox"/> 単身 <input type="checkbox"/> 高齢者世帯		<input type="checkbox"/> 一戸建て <input type="checkbox"/> アパート等	
	<input type="checkbox"/> 同居家族あり <input type="checkbox"/> 日中独居		※障害となる環境 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
服薬状況・方法(粉砕・ゼリー等)	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			
アレルギー等	一包化の必要性 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり			
麻痺	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 上肢 (<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左) <input type="checkbox"/> 下肢 (<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左) <input type="checkbox"/> その他 ()			
筋力低下	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 上肢 (<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左) <input type="checkbox"/> 下肢 (<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左) <input type="checkbox"/> その他 ()			
関節可動域	<input type="checkbox"/> 制限なし <input type="checkbox"/> 制限等あり 【 <input type="checkbox"/> 肩 <input type="checkbox"/> 肘 <input type="checkbox"/> 股 <input type="checkbox"/> 膝 <input type="checkbox"/> 足 <input type="checkbox"/> その他 ()】			
座位保持	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 自分の手で支えればできる <input type="checkbox"/> 支えがあればできる <input type="checkbox"/> できない			
立上がり	<input type="checkbox"/> つかまらないでできる <input type="checkbox"/> 何かにつかまればできる <input type="checkbox"/> できない			
歩 行	<input type="checkbox"/> つかまらないでできる <input type="checkbox"/> 何かにつかまればできる <input type="checkbox"/> できない			
衣服着脱	<input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 四点杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 手すり <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> その他 ()			
入 浴	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 行っていない 【 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他 ()】			
洗 身	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 行っていない			
排 泄	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 【 方法 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> パット <input type="checkbox"/> リハビリパンツ (<input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 夜)			
食 事	<input type="checkbox"/> オムツ (<input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 夜) <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ (<input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 夜) <input type="checkbox"/> 留置カテーテル <input type="checkbox"/> ストマ <input type="checkbox"/> その他 ()			
口腔の状況	<input type="checkbox"/> できる (<input type="checkbox"/> 箸 <input type="checkbox"/> スプーン) <input type="checkbox"/> 見守り (<input type="checkbox"/> 箸 <input type="checkbox"/> スプーン) <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			
口腔ケア	<input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> やわらか食 <input type="checkbox"/> つぶせる食 <input type="checkbox"/> なめらか食 <input type="checkbox"/> ゼリー食 <input type="checkbox"/> 経鼻栄養 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 腸瘻 <input type="checkbox"/> その他 ()			
咀嚼・嚥下	<input type="checkbox"/> 自歯あり <input type="checkbox"/> 自歯なし <input type="checkbox"/> 総義歯 <input type="checkbox"/> 局部義歯			
皮膚状態	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 行っていない			
視 力	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 時々むせる <input type="checkbox"/> 常にむせる <input type="checkbox"/> その他 ()			
聴 力	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 褥瘡あり () <input type="checkbox"/> 皮膚疾患あり ()			
言語障害等	<input type="checkbox"/> 日常生活に支障なし <input type="checkbox"/> 弱視 <input type="checkbox"/> 全盲 <input type="checkbox"/> 判断不能 【 <input type="checkbox"/> 眼鏡あり <input type="checkbox"/> 眼鏡なし 】			
会話の理解	<input type="checkbox"/> 日常生活に支障なし <input type="checkbox"/> やや難聴 <input type="checkbox"/> 難聴 <input type="checkbox"/> 判断不能 【 <input type="checkbox"/> 補聴器あり <input type="checkbox"/> 補聴器なし 】			
認知症	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> やや聞き取りづらい <input type="checkbox"/> 聞き取りづらい <input type="checkbox"/> 話せない			
	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できるが不完全 <input type="checkbox"/> 出来ない			
	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> BPSDなし <input type="checkbox"/> BPSDあり 【 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 睡眠障害 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> その他 ()】			
	症状等()			
居宅介護支援事業所名/		担当者(作成者)名/		
作成日/平成 年 月 日	提供日/平成 年 月 日	情報提供先/		
提供手段/ <input type="checkbox"/> FAX <input type="checkbox"/> メール <input type="checkbox"/> 面談	【 場所/	】 <input type="checkbox"/> その他 ()		

入院時情報提供における気仙沼管内の病院への提出先一覧（平成27年4月1日現在）

この一覧は入院時情報提供の提出先ですので、その他の文書の送付については事前にご確認ください。

法人	病院名	住所	提出先	電話/ FAX 番号	備考
気仙沼市	気仙沼市立病院	〒988-0052 気仙沼市田中 184	地域医療連携室	TEL:0226 (22) 7100 FAX:0226 (24) 2328	
医療法人 くさの実会	光ヶ丘保養園	〒988-0813 気仙沼市浪板 140	地域支援室	TEL:0226 (22) 6920 FAX:0226 (23) 1140	
医療法人 移川哲仁会	三峰病院	〒988-0141 気仙沼市松崎柳沢 216-5	・ 認知症の方 ⇒認知症疾患医療センター ・ 認知症以外の方 ⇒地域連携室	TEL:0226 (22) 6685 FAX:0226 (24) 2169	
医療法人 順化会	猪苗代病院	〒988-0017 気仙沼市南町 1-3-7	4階病棟 ナースステーション	TEL:0226 (22) 7180 FAX:0226 (22) 7182	入院する前の方は、 外来へ
医療法人 敬仁会	大友病院	〒988-0085 気仙沼市三日町 2-2-25	受付で病棟を確認し、 各病棟へ	TEL:0226 (22) 6868 FAX:0226 (24) 8108	
気仙沼市	気仙沼市立本吉病院	〒988-0382 気仙沼市本吉町津 谷明戸 222-2	2階 ナースステーション	TEL:0226 (42) 2621 FAX:0226 (42) 2625	
南三陸町	公立志津川病院	〒987-0311 登米市米山町字桜 岡大又 3-1	連携担当の及川看護師	TEL:0220 (29) 5611	外来通院中の方の 相談は、外来師長へ (0226-46-3646)

利用者・患者に対する介護・医療連携

