

③相談室控

②患者様控

①病院控

介護支援連携指導書（様式2）

年 月 日

ID:	患者氏名	男 女	生年月日		
住所	電話番号				
入院期間	年 月 日 ~ 年 月 日				
病 名					
病 棟	病棟	要介護度	要支援 ・ 要介護 ()		
主治医		看護師			
理学療法士		作業療法士			
言語聴覚士		相談員			
その他					
介護支援専門員等					
医師	看護師	理学療法士	作業療法士	言語聴覚士	相談員

本人・家族

エヌプリ病院