医療ソーシャルワーク　連絡票

[様式２]

診療所 ⇒ 病院　下記の状況について診療情報提供書の参考資料として連絡します。

　　　　　　　　　　　　　　　　病院

医療ソーシャルワーク担当部署　御中　　　　　　　　　　　　　　連絡日：平成　　年　　月　　日

|  |
| --- |
| 診療所名：  電話：（　　　　　）（　　　　）（　　　　　）　ファクス：（　　　　　）（　　　　）（　　　　　） |
| 連絡担当者名：（　　　　　　　　　　　　）担当者の職種：医師・看護師・その他（　　　　　　　）  電話対応可能時間：　　時～　　時 |

患者氏名：　　　　　　　　　　　　　　（　　　）歳（　　　）か月　（男児・女児）

|  |
| --- |
| 医療ソーシャルワーク上の情報  ・親や家庭の状況  ・子どもの状況  ・親子のかかわり方 |

* 上記の内容についても家族に伝えてあります。
* 上記の内容は、家族に伝えてありません。法に基づく通告の参考意見として記しました。

|  |
| --- |
| ＜診療所確認事項＞   * 連絡票は病院への診療情報提供書とともに送付してください。 * 連絡票のみでは、診療情報提供料は算定できません。 * 連絡担当者名を記入してください。 * 状況確認のため、必要時に病院から電話連絡させていただく可能性があります。 |

病院 ⇒ 診療所　ご連絡ありがとうございました。下記の職員が担当いたします。

|  |
| --- |
| 病院担当者　所属名：（　　　　　　　　　）　担当者名：（　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  連絡先  電話：（　　　　　）（　　　　）（　　　　　）　ファクス：（　　　　　）（　　　　）（　　　　　） |

|  |
| --- |
| ＜病院確認事項＞   * 担当医だけでなく、医療ソーシャルワーク部署に連絡票を届けてください * 患者受診後、担当者名などを記入し速やかに診療所に返送してください。 |