退院支援相談室フォーマット

病院名	
退院予定日	1週間以内　2週間以内　1か月以内　1か月以上先　未定
退院先	自宅　高齢者専門賃貸住宅　グループホーム　有料老人ホーム その他（　　）
退院先住所	（区町名までで可）
地域連携室	担当者名：　　連絡先電話番号：
患者様	（男・女）　　歳
入院科目	
傷病名	
病状	
介護保険	あり（ケアマネージャー：未定・あり）　・　なし
特記事項	

折り返し、担当者様にご連絡を差し上げますので、しばらくお待ちください

やまぐちクリニック FAX:078-708-2513

おひさまクリニック FAX:0465-85-3229

医療法人やまぐちクリニック退院支援室

E-MAIL　ent-shien@zaitaku-clinic.net