**送付先：地域包括ケアシステム推進室　宛て　　　　F A X ：８２９－１４２２**

**入退院時の情報提供の実態把握調査　アンケート用紙（ケアマネジャー）　　　　 事業所名：**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（電話番号:　　　　　　　　　　）

**①現在の担当ケース数**　　　　 （介護）　　　　　　件　　　　（予防）　　　　　件

**②担当ケースのうち、平成28年9月中に病院から退院したケース数**　　　　　 （介護）　　　　　　件　　　　（予防）　　　　　件

※今後の連携構築のため、上記「②」の件数（平成28年9月中に病院から退院したケース数）の内訳を御記入ください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No | ケースの新規・継続の別 | 病院名 | 疾患名※入院の原因疾患 | 介護度 | 病院からの引き継ぎの連絡 | 退院退所加算の有無 | 連絡日から退院日までの日数 |
| 例 | 新 ・ 継 | ○○○病院 | 大腿骨頸部骨折 | 要介護2 | 有　・　無※「有」の場合（いずれかに☑）☑　連携室からの連絡□　病棟Nsからの連絡　□　その他（　　　　　　　） | 有　・　無 | 　　７　　　日 |
| １ | 新 ・ 継 |  |  |  | 有　・　無※「有」の場合（いずれかに☑）□　連携室からの連絡□　病棟Nsからの連絡　□　その他（　　　　　　　） | 有　・　無 | 　　　　　　日 |
| ２ | 新 ・ 継 |  |  |  | 有　・　無※「有」の場合（いずれかに☑）□　連携室からの連絡□　病棟Nsからの連絡　□　その他（　　　　　　　） | 有　・　無 | 　　　　　　日 |
| ３ | 新 ・ 継 |  |  |  | 有　・　無※「有」の場合（いずれかに☑）□　連携室からの連絡□　病棟Nsからの連絡　□　その他（　　　　　　　） | 有　・　無 | 　　　　　　日 |

**③現在担当している利用者のうち、平成28年9月中に病院に入院した件数**　　　　　　（介護）　　　　　　件　　　（予防）　　　　　件

**④平成28年9月中に入院したケースのうち、病院に入院時情報提供を行った件数**　　　（介護）　　　　　　件　　　（予防）　　　　　件

**※「医療と介護の連携」における課題等、御意見がありましたら御記入ください。**