|  |  |
| --- | --- |
|  | 入院時情報連携加算(Ⅰ) |
| 担当相談支援専門員氏名 |  |
| 機関名(医療機関名) |  |
| 対応者氏名 |  |
| 開催年月日 | 令和　　年　　月　　日(　　) |
| 場所 |  |
| 時間 | 時　　　　分　　～　　　時　　　分 |
| 情報共有や情報提供等の概要 |  |
| 備考 |  |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　利用者氏名

＊毎回の提出は不要であるが、５年間保存するとともに、市より求めがあった場合については提出が必要。