入退院連携シート（返信用）

以下の宛先に、１週間～１カ月の間に返信をお願いします。

返信先　　病院　　病棟

看護師　　宛

FAX

TEL

平成　　年　　月　　日に退院された　　様の状況について
１．病状　　□安定　　□不安定
２．医療処置指導の実施状況（今後への要望）
３．ADL や食事状況　　□不変　　□改善　　□低下
４．その他
再入院のエピソード（必要時）

平成　　年　　月　　日

発信者　　訪問看護ステーション名

FAX　　TEL

管理者名

担当者名