

令和 年 月 日

様

長

引継連絡票

以下の対象者について引継連絡票を送付します。

※印：必須記入箇所

退院予定日	令和 年 月 日	引継連絡票記載日	令和 年 月 日
個人情報			
(ふりがな) ※氏名		男・女	家族状況
※生年月日	T・S・H 年 月 日	歳	
※退院先 住所			
※家族等 連絡先	続柄：		
※連絡先 電話番号	① ()	② ()	
医療保険区分		経済状況	
医療情報			
通院先	TEL：	主治医	通院頻度 /月
診断名			
精神科治療歴			
現在の措置入院に係る情報			
※措置入院日	平成・令和 年 月 日	※病院名	
措置解除(退院) 予定日：令和 年 月 日 () 特記事項：			
制度・障害福祉サービス等の利用に係る情報			
自立支援医療 (精神通院)	あり ・ なし ・ 申請中	精神保健福祉手帳	あり・なし・申請中 () 級
サービス 利用歴等	<input type="checkbox"/> 障害支援区分 () <input type="checkbox"/> サービス利用歴 (あり ・ なし)		
支援に係る情報			
関係機関名	担当者	支援内容 (役割)	支援頻度

支援経過、追加情報、その他留意事項等