

申込FAX:0193-63-6945

岩手県医療福祉連携実務者ネットワーク「入院時支援カフェ」申込書

所属機関名

(電話番号)

申込代表者

氏名	職名	入院時支援への関わり(いずれか1つに○)
		実務担当者 / 部門管理者等 / 今後関わる予定がある
		実務担当者 / 部門管理者等 / 今後関わる予定がある
		実務担当者 / 部門管理者等 / 今後関わる予定がある

1. 貴施設での入院時支援の状況(いずれか1つに☑)

- 入院時支援加算の算定実績がある。
- 加算算定の実績はないが、入院時支援は行っている。
- 入院時支援は行っていないが、今後予定がある
- 入院時支援の導入予定はない。

2. 入院時支援カフェで聞いてみたい、話し合いたいこと

- 入院時支援加算の算定について
- 対象者の選定基準
- 入院前の療養支援計画の内容
- 入院時支援の役割分担(外来・病棟Ns、薬剤科等)
- 他職種との情報共有

申込期限:1月31日(金)

<申込み・お問合せ>

主催 岩手県医療福祉連携実務者ネットワーク協議会(ぐうの会)

<http://iwategoodrenkei.jimdo.com/>

事務局:湯澤 電話:0193-62-4011(岩手県立宮古病院 地域医療福祉連携室)