**社会福祉機関紹介フォーム **

|  |
| --- |
| **紹介代理店** |
| **代理店** |  | **電話番号** |  |
| **場所** |  | **メール アドレス** |  |
| **フォーム記入者** |  | **電話番号** |  | **日付** |  |

|  |
| --- |
| **受領機関** |
| **代理店** |  | **電話番号** |  |
| **場所** |  | **メール アドレス** |  |

|  |
| --- |
| **クライアント情報** |
| **姓** |  | **名と MI** |  |
| **生年月日** |  | **女性 / 男性** |  |
| **通訳が必要ですか?** |  | **必要な言語** |  |
| **保護者名** |  | **保護者関係** |  |
| **患者の住所** |  | **携帯番号** |  |
|  | **自宅電話** |  |
|  | **勤務先電話番号** |  |
|  | **メール アドレス** |  |
| **紹介診断** |  | **ICD-9** |  |

|  |
| --- |
| **要求されたサービス** |
| **紹介の理由** |  |
| **患者は紹介の理由を知っていますか? 知らない場合は、説明してください。**  |  |
| **要求されたサービス/専門** |  |
| **その他のコメント** |  |

|  |
| --- |
| **リリース情報への同意** 署名を得る前にクライアント/介護者と読み、質問があれば答えます 。 |
| 以下の署名は、上記の代理店への情報の紹介と開示の目的が、クライアントにサービスを提供しようとしているサービス プロバイダー間のケアの安全性と継続性を確保することであることをクライアントが理解していることを承認するものです。紹介代理店は、クライアントに紹介の手順を明確に説明し、開示される正確な情報を記載しています。このフォームに署名することで、クライアントはこの情報交換を承認します。  |
| **クライアント署名** |  | **介護士の署名** |  | **日付** |  |

|  |
| --- |
| **紹介の詳細** |
| **連絡先やその他の制限はありますか?** |   | **はい** |  | **いいえ** | **はいの場合は、説明してください** |  |
| **紹介送信方法** |  | **日付** |  | **期待されるフォローアップ方法** |  | **期日** |  |

|  |
| --- |
| **– 免責条項 –**Smartsheet がこの Web サイトに掲載している記事、テンプレート、または情報などは、あくまで参考としてご利用ください。Smartsheet は、情報の最新性および正確性の確保に努めますが、本 Web サイトまたは本 Web サイトに含まれる情報、記事、テンプレート、あるいは関連グラフィックに関する完全性、正確性、信頼性、適合性、または利用可能性について、明示または黙示のいかなる表明または保証も行いません。かかる情報に依拠して生じたいかなる結果についても Smartsheet は一切責任を負いませんので、各自の責任と判断のもとにご利用ください。 |