

対象者 在宅療養中、施設入所の高齢患者

一宮市地域連携アセスメントシート

下記利用者(家族)の同意に基づき、利用者の身体・生活機能等の情報を提供します。

情報提供先 医療機関名 ○○○○病院

H30年9月1日

Form containing personal information (name, address, phone), medical history, family structure, and functional assessment (mobility, eating, etc.).