

わたクリニック 連携シート

(月 日)

ご依頼の内容(往診医 ・ 訪問看護師 ・ CM)

FAX番号 03-6662-8515

フリガナ

貴院名

患者氏名

様

ご担当者名

生年月日:

年

月

日

歳

ご連絡先

M/T/S/H

住所:

電話番号:

保険者番号:	記号・番号:	割合:	有効期限:
公費負担者番号:	公費受給者番号:	割合:	有効期限:

・病名: ☆ 告知: 済 ・ 未

・診断年月日: (年 月 日 ・ 不詳)

・家族背景 独居 ・ 同居人 ()

キーパーソン: 連絡先:

・ADL: 自立 ・ 一部介助 ・ 全介助

・医療処置: HOT 気管カニューレ (最終交換日:) 自己注射 ()

胃瘻 (最終交換日:) 経管栄養 人工呼吸器 IVH

膀胱留置カテーテル (最終交換日:) その他

・CM: 有 (事業所: 担当者様: 連絡先:) ・ 無

・介護保険: (申請済 ・ 未) ☆社会資源の利用状況 介護ベッド ヘルパー デイサービス その他

・訪問看護師: 有 (事業所:) 無

在宅中 入院中

/ () 退院時間: () 時退院予定

☆ カンファレンス予定: 有 (/) ・ 無

※FAX受信後に確認のお電話をさせていただきます。お急ぎの方は、FAX送信と同時に電話お願いいたします。

※診療情報提供書又は連携シートに発症年月日の記載のほどご協力お願いいたします。

送信枚数: 枚