

# 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 (氏名・続柄)：

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 胃管 (栄養・排液)

膀胱留置カテーテル (最終交換日： ) その他 IVH

・CM： 有 (事業所： 担当者様： 連絡先： ) ・ 無

・介護保険： (申請済 ・ 未) ・ 認定調査 (済 ・ 未)

★要支援 ( 1 ・ 2 ) ★要介護 ( 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 )

☆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 (介護タクシー / 自家用車 / その他)

☆ カンファレンス予定： 有 ( / ) ・ 無

/ ( ) 退院時間： ( ) 時退院予定

参加方法： 対面 ・ web ( ZOOM ・ Webex等 )

※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。

**※退院時処方箋は1~2週間分ご持参いただきますようお願い致します。**

送信枚数： 枚