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

患者氏名　　様

生年月日：　　年　　月　　日　　歳

T / S / H / R

貴院名

ご担当者名

ご連絡先

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 ）

/　（　　）退院時間：（　　）時退院予定

☆　カンファレンス予定：　有（　　／　　）　・　無

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送信と同時にお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