

# 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送信と同時に電話をお願いいたします。

※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をお願いいたします。

送信枚数: 枚