

## ご紹介患者様情報シート

ふりがな 患者氏名		現在	<input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 通院中 (      科)
		生年月日	
住所	〒	電話番号	
		同居者	<input type="checkbox"/> 有り(      ) <input type="checkbox"/> 独居
疾患名	主病：		
	既往：		
状態	<input type="checkbox"/> 終末期 <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> 持続点滴 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> その他 (      )		
	聴力(良・可・不可)      認知度(強・中・弱・無)      コミュニケーション(可・困難・不可)		
特記事項			

主な介護者 及び家族構成		続柄	同居・近隣・別居
		連絡先：	

介護認定	介護度:      / 申請中 / 未申請	ケアマネ	Tel:
------	-----------------------	------	------

ご相談内容 ・ 主訴 ・ 現在の困り事

主治医	病院	科	先生
地域連携ご担当	様	ご連絡先	
カンファレンス予定	あり(      月      日 AM / PM      :      ~ )		にて / なし

添付書類

- |                                  |                                   |                                  |
|----------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 診療情報提供書 | <input type="checkbox"/> 各検査結果    | <input type="checkbox"/> 服薬情報    |
| <input type="checkbox"/> 看護サマリー  | <input type="checkbox"/> リハビリサマリー | <input type="checkbox"/> 栄養相談シート |
| <input type="checkbox"/> フェイスシート | <input type="checkbox"/> その他      |                                  |

○分る範囲でご記入いただき、FAXをお願いします。

○個人情報に関わる部分については、イニシャルや塗りつぶしで結構です。

FAX送信の後に電話にてお知らせください。

医療法人社団 幸生会 北坂戸ファミリークリニック

〒350-0229 坂戸市薬師町3-2

[TEL:049-280-8080](tel:049-280-8080) 地域連携担当：村上、高山

**【 FAX送信先 】      0 4 9 - 2 1 0 - 3 8 1 2**