**ご紹介患者様情報シート**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな  患者氏名 |  | 現在 | □入院中　□通院中（　　　　科） |
| 生年月日 |  |
| 住所 | 〒 | TEL |  |
| 同居者 | □有り（　　　　　）　□独居 |
| 疾患名 | 主病： | | |
| 既往： | | |
| 状態 | □終末期　　□在宅酸素　　□持続点滴　　□胃瘻　　□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

□　診療情報提供書　　　　　　　　□　各検査結果　　　　　　　　　　□　服薬情報

□　看護サマリー　　　　　　　　　□　リハビリサマリー　　　　　　　□　栄養相談シート

□　フェイスシート　　　　　　　　□　その他

　　〇分かる範囲でご記入いただき、FAXをお願いします。

　　〇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送信の後にお電話にてお知らせください。

みずほ台ホームケアクリニック

〒354-0015 埼玉県富士見市東みずほ台3丁目3-11 メディックビル2階  
TEL：049-293-3183  　担当：青柳

【FAX送信先】：049-293-3184