

## 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

- |                                  |                                   |                                  |
|----------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|
| <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      |                                  |

○分か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**