

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	〒	電話番号		
		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 | |

○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 送信の後にお電話にてお知らせください。

医療法人社団 幸生会 上福岡ファミリークリニック

〒356-0045 埼玉県ふじみ野市鶴ヶ岡 4-16-15 ブランシエール川越南七彩の街 101 号

【 FAX 送信先 】 0 4 9 - 2 9 3 - 8 4 0 1