

# 連携シート 亀有内科・呼吸器クリニック在宅診療部

令和    年    月    日

## 【新規依頼情報】

フリガナ								
お名前					年齢		歳	
生年月日	M / T / S			年		月		日
ご住所								
ご連絡先								

## 【医療機関情報】

医療機関名									
ご担当者名									
ご連絡先									
病名									
診療年月日									
家族背景	独居・同居人：						続柄：		
キーパーソン	氏名：				続柄：				
	連絡先：								
生活保護	事業所：				連絡先：				
	担当者様：								
医療処置	<input type="checkbox"/> HOT (安静時 L / 労作時 L) 酸素機器メーカー：								
	<input type="checkbox"/> 自己注射 (薬剤名： ) ( 単位)								
	<input type="checkbox"/> 尿道カテーテル (最終交換日： ) (サイズ： Fr)								
	<input type="checkbox"/> 胃瘻 (造設日： ) (種類： )								
	<input type="checkbox"/> 気管カニューレ (交換日： ) ( Fr)								
	<input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> IVH <input type="checkbox"/> その他								
ケアマネージャー	<input type="checkbox"/> 有	事業所：				連絡先：			
	<input type="checkbox"/> 無	選定依頼	<input type="checkbox"/> 有			<input type="checkbox"/> 無			
介護保険	未申請	要支援 1・2 / 要介護 1・2・3・4・5				認定調査	済	未	
	選択 申請	要支援	要介護						
訪問看護師	<input type="checkbox"/> 有	事業所：				連絡先：			
	<input type="checkbox"/> 無	選定依頼	<input type="checkbox"/> 有			<input type="checkbox"/> 無			

- ※) ケアマネージャー・訪問看護師の依頼がある際は、お知らせください。  
当院にて事業所を選定いたします。
- ※) FAX受信後に確認のお電話をさせていただく場合がございます。  
その際、折り返し可能な時間帯が御座いましたらお知らせください。
- ※) 診療情報提供書、処方内容の情報提供にご協力ください。

TEL: 03-5680-2407

FAX: 03-5680-2422