

松原市医師会 医療介護連携支援センター 医療連携シート

(記入後、下記へFAXしてください。)

072-349-8652

申請日 令和 年 月 日 記入者()

<今回の件に関する連絡先> 個人情報であり送信にはご注意ください。

紹介元医療機関名	
担当者氏名	
電話番号	
回答期日	年 月 日

<患者情報>

患者氏名(イニシャル)		性別	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性
生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 令和 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年 月 日	歳
患者住所			
患者電話番号			
家族構成	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 同居者あり	キーパーソン 氏名(間柄) TEL	
病名/病状 その他特筆すべきこと	別途:貴院の紹介状でも可		
現在の状況	<input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 退院予定(月 日) <input type="checkbox"/> 自宅		
認知症	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中重度		
移動	<input type="checkbox"/> 自立歩行 <input type="checkbox"/> 杖歩行 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 移動不可		
受診歴のある医療機関	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()		
介護認定の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 有 要支援 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 要介護 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5		
利用中又は連絡中の 介護事業所名			

<松原市医師会医療介護連携支援センター記入欄>

受付日時	令和 年 月 日
完了日	令和 年 月 日
決定医療機関名	
医療機関紹介期間	2週間・1か月・その他()
備考	