

問い合わせ医療機関の所在地および名称				電話番号		担当科・医師名				依頼理由					
患者	氏名	ふりがな		生年月日	大正 昭和 平成	年	月	日	歳		男 女	身長		体重	
												cm	/	現在	kg
	住所	〒		職業		電話	自宅 携帯								
病名															
自立度	生 日	自立 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C						身体状況（麻痺等）							
	認 知 症	自立 I IIa IIb IIIa IIIb IV M						認知症自立度でⅡ以上の場合具体的に症状を教えてください							
	透析中の状況（○を付けてください） 問題なし 適宜見守りが必要 常に見守りが必要（具体的に）														
方通 法 院	①自家用車（本人運転）②家族送迎（どなた）③介護タクシー（事業者名・担当者連絡先）④その他（具体的に）														
時希 間望	日中 夜間				①月・水 金 AM 9：00-14：00過ぎ PM14：30-22：30 ②火・木・土AM9：00-14：00過ぎ										
現在の 状況	入 院 中	年 月 日～		病院名		退院予定日		/ 透析日 月・火・水・木・金 土							
	通 院 中	透析日 月・火・水・木・金 土		透析時間		透析病院名									
	シャント部位				当院への移行希望日 年 月 日 曜日										
制度	身体障害者手帳		有 無 申請中（申請日 / ）		介護保険 有 無 申請中（申請日 / ）				障害区分 有 無 申請中（申請日 / ）						
	特定疾病		有 無 申請中（申請日 / ）		介護度（又は被保険者証） 要支援 1 2 要介護 1 2 3 4 5				区分 1 2 3 4 5 6						
	更生医療		有 無 申請中（申請日 / ）		認定有効期間 年 月 日 ～ 年 月 日										
	重度心身		有 無 申請中（申請日 / ）		居宅・相談事業所所在地および名称（又は名刺）				担当者氏名・連絡先						
感 染	HBs（－・＋） HCV（－・＋） ワ氏（－・＋） MRSA（－・4＋・3＋・2＋・1＋・少数） 部位（喀痰 ・ 咽頭 ・ 鼻腔 ・ 尿 ・ 便 ・ 創部） その他														
者記 名入				部署						電話	FAX			の 為	

患者	氏名	ふりがな		本人の意向	家族の意向
保険 健康	種類				
緊急連絡先 (3名以上) 優先度の順番	氏名	ふりがな	続柄	住所	連絡先
					自宅
	氏名	ふりがな			携帯
					自宅
	氏名	ふりがな			携帯
					自宅
	氏名	ふりがな			携帯
					自宅
	氏名	ふりがな			携帯
					自宅
	氏名	ふりがな			携帯
					自宅
ジェノグラム	主介護者☆ 居住地記載		生活歴・背景・経済状況		
			その他報告・お伝えしたい事（今後施設入居予定の方は施設名・住所・連絡先や入居日、通院手段等記入をお願いします）		
かかりつけ医	病院名・主治医・連絡先等		病名		
	①				
	②				
	③				