

患者様紹介シート

記入日： 年 月 日

記入者	事業所名	ご担当：	
ふりがな 患者氏名	様（男・女）	大正・昭和・平成・令和 年 月 日 歳	
住所	〒 市 TEL（ ）		
第一連絡先 (キーパーソン)	氏名： 続柄（ ） TEL 住所：上記に同じ ・ 上記以外（ ）		
家族/親族	氏名	(続柄)	電話番号
		()	()
		()	()
かかっている 病院	医療機関名：		
	※医療機関から診療情報提供書をいただけるよう、お手続きをお願いします。		
病名	入院中の場合：医療機関名 退院日（予定） 年 月 日		
紹介の経緯			
保険証・医療証	国保 ・ 社保（本人・家族） ・ 後期高齢者医療 ・ 自立支援 障害者 ・ 難病 ・ 身体障害者手帳： 級 ・ その他 生活保護：（管轄福祉事務所 担当ケースワーカー ）		
かかりつけ薬局	薬局名		
訪問看護ステーション	介入状況（新規・既存）		
医療処置	<input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 酸素 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 尿道カテーテル <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 経鼻胃管 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
栄養・食事課題	<input type="checkbox"/> 食欲がない <input type="checkbox"/> 食事量が少ない <input type="checkbox"/> 体重減少 <input type="checkbox"/> 治療食 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
療養の方針	<input type="checkbox"/> 何かあったら入院 <input type="checkbox"/> 自宅でできる範囲での医療を受けて自宅療養継続 <input type="checkbox"/> 医師と相談の上決定 <input type="checkbox"/> その他（ ） がん末期の場合：予後の告知 あり ・ なし		

