

青山明石クリニック 連携情報シート

※分かる範囲でご記入をお願い致します。

(記入日： 年 月 日)

患者名(漢字)：
患者名(カナ)：
生年月日
住所：
TEL：

ご依頼事業者名：

TEL：

FAX：

医療保険情報

被保険者番号： 有効期限：
保険者番号
記号： 公費負担番号：
番号： 枝番： 公費受給者番号：
割合： 公費名称：
資格取得年月日： 交付年月日：

医療処置

(以下、該当するものを✓してください。)

- HOT 人工呼吸器 IVH
胃婁(最終交換日：)
褥瘡 経管栄養 気管カニューレ
膀胱留置カテーテル (Fr)
(最終交換日：)シリコン or アメ
自己注射()
その他()
喀痰吸引

介護保険情報

被保険者番号： 介護区分：
保険番号： 割合：
交付年月日：
有効期限： ~

●訪問看護 無 ・ 有
(事業所：)

TEL:

FAX:

●ケアマネ 無 ・ 有
(事業所：)

TEL:

FAX:

利用中の社会福祉サービス

- ヘルパー (月・火・水・木・金・土・日) 介護ベッド
デイサービス (月・火・水・木・金・土・日)
車いす ショートステイ
その他 ()

●病名：

●家族背景 独居 ・ 同居人 有 ・ 無 ()
(キーパーソン：)

●ADL 自立 ・ 一部介助 ・ 全介助

※FAX 受信後に確認のお電話をさせていただきます。早急の方は、FAX 送信と同時に電話もお願い致します。

FAX : 03-6455-4336