

外来連携シート (案)

参考資料2-6

送信日： 年 月 日

送信元

TEL :
FAX :



送信先

TEL :
FAX :

このシートにおける個人情報の取り扱いについては、本人若しくは家族に同意を得ています。

ふりがな 氏名	生年月日： 性別：男・女	家族構成 独居・高齢世帯・その他()
住所：吹田市	電話番号：	
主治医：	電話番号：	
外来担当者：	電話番号：	
介護度： 要介護 () ・ 要支援 () ・ 事業対象者 ・ 申請中 ・ 未申請		
介護支援専門員：		
事業所名：	電話番号：	
疾患名		
連絡理由		
【返信方法の希望】 <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> FAX <input type="checkbox"/> 電話		【緊急度】 <input type="checkbox"/> 高い <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 低い

返信日： 年 月 日

回答内容

以下につきましては、可能な範囲でご記入をお願いします。

日常生活状況

① 移動：独歩 車いす 用具 () ④ 皮膚トラブル：無 有 ⑦ 睡眠：良 不良
 ② 栄養面：経口 経管 誤嚥の有無 ⑤ 入浴：自立 介助 ⑧ 更衣：自立 介助
 ③ 排泄：自立 オムツ その他 ⑥ 精神面、認知機能低下： 無 有

外来連携シート 記入見本(案)

送信日： R 2 年 2 月 1 日

送信元
医療機関
TEL： ○○○○－○○○○
FAX： ○○○○－○○○○



送信先
例：訪問看護ステーション 居宅介護支援事業者 地域包括支援センター
TEL： ○○○○－○○○○
FAX： ○○○○－○○○○

このシートにおける個人情報の取り扱いについては、本人若しくは家族に同意を得ています。

ふりがな すいた はなこ	生年月日： S 4 . 4 . 4	家族構成
氏名 吹田 花子	性別： 男 ・ 女	独居・高齢世帯・その他()
住所： 吹田市泉町 1 - 3 - 4 0		電話番号： ○○○○－○○○○
主治医： ○○病院 ○○科 ○○○○		電話番号： ○○○○－○○○○
外来担当者： ○○科 ○○○○		電話番号： ○○○○－○○○○
介護度： 要介護 () ・ 要支援 () ・ 事業対象者 ・ 申請中 ・ 未申請		
介護支援専門員： 未定		
事業所名：		電話番号：
疾患名 糖尿病 認知症		
連絡理由 例) 介護している夫が入院することになり、本人がしばらく一人暮らしとなります。 血糖コントロールができておらず、服薬管理も難しいため、早急にサービス調整が必要です。 本人の状況確認等含めて夫と連絡を取り支援をお願いします。 本人の治療状況をお伝えしたいので連絡をお願いします。		
【返信方法の希望】 <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> FAX <input checked="" type="checkbox"/> 電話		【緊急度】 <input checked="" type="checkbox"/> 高い <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 低い

※必ず、どれかを選択

返信日： 年 月 日

回答内容	※FAX送信日を記入
※FAXでの返信方法を希望する場合、回答内容を記載	

以下につきましては、可能な範囲でご記入をお願いします。

日常生活状況	
① 移動：独歩 車いす 用具 ()	④ 皮膚トラブル：無 有
② 栄養面：経口 経管 誤嚥の有無	⑦ 睡眠：良 不良
③ 排泄：自立 オムツ その他 吹田市々	⑤ 入浴：自立 介助
⑧ 更衣：自立 介助	
⑥ 精神面、認知機能低下： 無 有	