

外来連携シート

資料5

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

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 氏名	すいた はなこ 吹田 花子	生年月日： S 4 . 4 . 4 性別： 男 ・ 女	家族構成 独居・高齢世帯・その他()
住所：	吹田市泉町1-3-40	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	<p>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。</p>		
【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

※FAX送信日を記入

回答内容

※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 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