

FAX 072-677-3366

新規通院透析依頼票

大阪医科薬科大学三島南病院
地域医療連携室 行

紹介元機関名
TEL
FAX
担当者名

※診療情報提供書・透析サマリ・保険情報・看護サマリ（入院中）添付の上、FAXしてください
※透析開始時、1週間分の処方を持参ください

1.現状

医療保険	後期高齢・国保・社保・生活保護・その他（ ）				
フリガナ		性別	男・女	年齢	才
氏名					
住所		生年月日	年 月 日		
TEL		キーパーソン	(続柄) 連絡先		
家族構成	同居・独居・施設入所（ ）				
ADL	独歩 ・ 車椅子 自立 ・ 介助要				
現在透析曜日	【月 水 金】 ・ 【火 木 土】				
送迎希望	有 ・ 無				
送迎時ヘルパーの有無	有 ・ 無（自立・家族）			車イス対応車希望	有 ・ 無

※車イス⇒玄関前まで車イス乗った状態で待機・帰宅時も玄関先まで車イスの状態での送迎
※送迎の運転手による車イス移乗時の介助は対応しかねます

2.外来透析希望日時

最終透析予定日	年 月 日（ ）
透析開始希望日	年 月 日（ ）～ 【月水金】・【火木土】

3.オリエンテーション可能日（当院来院可能日）※平日午後複数日記載ください

	来院予定者	
--	-------	--

※オリエンテーション時、各種保険証・介護保険証・身体障害者手帳持参のこと

○以下当院記入欄
医師確認
送迎範囲確認
ベット確認
送迎枠確認

オリエンテーション日時
来院者
透析曜日
送迎

透析開始日
退院時処方
保険情報確認日