

FAX 072-677-3366

## 新規通院透析依頼票

大阪医科大学三島南病院  
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

フリガナ	当院ID :			
氏名	性別	男・女	年齢	才
住所	生年月日	年 月 日		
	キーパーソン	(続柄)		
TEL		連絡先		
家族構成	同居・独居・施設入所 ( )			
医療保険	後期高齢・国保・社保・生活保護・その他 ( )			
医療制度	特定疾病(有・無) 身障手帳(有・無) 更生医療(有・無)			
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  
ペット確認  
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