

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

| | | | | | |
|------------|----------------------------------|--------------------|----------|-------|--|
| 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 | | | |
| TEL | キーパーソン | (続柄) | | | |
| 家族構成 | | 同居・独居・施設入所 () 連絡先 | | | |
| 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
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