透析患者　医療ソーシャルワーカー（MSW）連携シート

記入日　　年　　月　　日

医療機関名	
担当者	
電　話	
Fax	

⇒

医療機関名	
担当者	
電　話	
Fax	

＊本シートは透析患者の情報について、看護サマリー・千葉県地域生活連携シート等に追加するものとして作成しています
生活状況に関する詳細情報が必要な場合は、上記ソーシャルワーカーへご連絡をお願いします

氏名	／ 生年月日 ＭＴＳ　　年　　月　　日（　　歳）／ 男　女			
医療保険	□ 国民健康保険	□ 社会保険	□ 後期高齢者医療	□ 生活保護
特定疾病受療証	□ あり　□ 申請中 □ 不明・他 （　　）			
身体障害者手帳	□ あり	障害名：　　、　　級		
	□ 申請中	障害名：　　、　　級		
	□ データ等経過待ち	障害名：　　、　　級		
	□ 不明			
障害者医療	重度心身障害者医療　□ あり　□ 無し 自立支援医療　□ あり　□ 無し その他　□ 無し　□ あり （			
障害年金	□ あり　□ 申請中 □ 経過待ち　□ 非該当、不明			
介護保険認定	□ あり ： 介護度（要支援 １ ２ 要介護 １ ２ ３ ４ ５） ／ 担当ケアマネ 事業所名　　電話　　－　　－ □ 申請中 □ 不明・他 （　　）			
通院方法	自力通院 ： □徒歩・自転車　□公共交通機関　□自家用車・バイク 送迎通院 ： □家族送迎　□介護タクシー　□その他 施設送迎 ： □ADL自立　□杖歩行　□車イス移動　□車イスリフト			
家族背景	□ 独居　□日中独居　□子と同居　□高齢者世帯　□その他（　　）			
キーパーソン	□ あり　（続柄：　　／氏名　　） □ なし			
経済問題	□ 特になし・不明　□ あり （　　）			
特記事項				

※ 維持透析施設に戻る場合、退院検討段階での上記担当者への連絡　□要　□不要