

## 連携シート（病院 MSW 様向け）

ご利用様と円滑にご希望に添ったサービスを提供させていただくために、今回のご利用にあたっての状況、またご利用者様についてお分かりになる範囲でお答えください。

氏 名： \_\_\_\_\_ 性別： 男性 ・ 女性 \_\_\_\_\_

生年月日： \_\_\_\_\_ 年齢： \_\_\_\_\_

■現病歴：今回の病院受診に至った経緯や現状・経過・問題点など詳しくご記載ください

（移動中の方が一の際に、救急車を呼ぶ可能性がございます。救急隊員や搬送先病院への説明に必要な情報について可能な限り共有してくださると助かります。フェイスシートやサマリでも可）

■既往歴

■転院時の持ち物チェックのお願い■

転院時のお洋服 移動中のお薬 保険証 お薬手帳 介護手帳 身障手帳 ペースメーカー手帳 マイナンバーカード お金（病院代・お薬代） 医師へのお手紙



その他（例.インスリンの注射を介助でしている。週に1回起床時に飲む薬がある）：

■サービス中に考えられる必要な介助サービス全てにチェックをつけてください

移動介助（車いす、杖、歩行器、シルバーカー、ストレッチャー、歩行見守り）

乗車介助 食事介助 口腔ケア 入浴介助 更衣（着替え）介助

排泄介助 夜間の見守り 病状観察 その他（\_\_\_\_\_）

■サービス中に必要な医療行為に○をつけてください（医療行為は事前に主治医の指示書が必要です）

内服介助 吸入 インスリン注射 貼付薬の貼付 吸引 ストーマパウチ交換

導尿 浣腸 胃ろう 胃管からの栄養注入・管理 点滴の管理 酸素管理

その他（\_\_\_\_\_）

■ルピネスタッフへの要望：

緊急時救急搬送先の病院からの同意書へのサインの代筆をルピネスタッフに許可します。

### お申込者様

(カナ)： \_\_\_\_\_

氏名： \_\_\_\_\_ 続柄：( \_\_\_\_\_ )

電話番号：(自宅) \_\_\_\_\_ (携帯) \_\_\_\_\_

メールアドレス： \_\_\_\_\_

### ご連絡者様（緊急連絡先やご報告を差し上げる方が、申込者様と同一でない場合はご記入ください）

(カナ)： \_\_\_\_\_

氏名： \_\_\_\_\_ 続柄：( \_\_\_\_\_ )

電話番号：(自宅) \_\_\_\_\_ (携帯) \_\_\_\_\_

メールアドレス： \_\_\_\_\_

この情報は個人情報取り扱い事項に基づき、厳重に管理されます。ご協力ありがとうございました。