埼玉県移行期医療支援センター（埼玉県立小児医療センター内）　　行

Fax番号　０４８－６０１－２２３７　　Tel番号　０４８－６０１－１５０９（直通）

※送信票なしでお送りください。

医療機関からの相談用

**移行期医療支援センター　相談依頼シート**

記載日　令和　 年　　　月　 日

（相談依頼シート1枚目）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 相談機関情報 | 医療機関 |  | | | | |
| 相談者  氏　　名 |  | 職種 |  | | |
| 連絡先 |  | 所属 |  | | |
| 患者情報 | 氏　　名  （イニシャル可） |  | 性別 | 男　・　女 | 年齢 | 才 |
| 住所地 | ※番地の記入は不要です | | | | |
| 相談内容 |  | | | | | |
| 診断名 |  | | | | | |
| 病状に関する  特記事項 |  | | | | | |
| 受診医療機関 | 一次 |  | | | | |
| 二次 |  | | | | |
| 三次 |  | | | | |
| 担当診療科  （複数記載可） |  | | | | | |
| 移行希望  診療科  （複数記載可） |  | | | | | |
| 医療ケア情報 | 人工呼吸器 （　　　　　　　　　）、 気管切開、 喉頭気管分離、 　在宅酸素、  経管栄養（　経鼻　 ／　 胃ろう　 ／　 腸ろう　）、  　導尿（　自己　／　他者　）、 ストマ（　 ウロストミー　 ／ 　人工肛門 　） | | | | | |
| ADL | 歩行、食事、コミュニケーション等 | | | | | |
| 社会福祉情報 | 身体障害者手帳　　　無　／　有（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  　療育手帳　　　無　／　有（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  　精神保健福祉手帳　　　無　／　有（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  　特別児童扶養手当　　　無　／　有（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  　障害児福祉手当　　　無　／　有（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  　特別障害者福祉手当　　　無　／　有（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  　障害年金　　　無　／　有（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  　その他　　　無　／　有（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | |
| 健康保険情報 | 国　保　　 ／　　社　保　　／　 　その他組合　・　 共済保険　　／　 　生活保護  　小児慢性特定疾患　　無　／　有（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  　指定難病　　無　／　有（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  　重症心身障害者医療費助成　　無　／　有（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | |
| 利用している  サービス |  | | | | | |

※可能な範囲でご記入をお願いいたします

（相談依頼シート2枚目）

埼玉県移行期医療支援センター（Fax番号０４８－６０１－２２３７）