

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 <small>（イニシャル可）</small>		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)	
A D L	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)