

連携情報シート

日本慢性期医療協会 FAX 03 - 3355 - 3122

貴院名			
ご住所	(〒 -)		
TEL		FAX	
連絡担当者お名前		部署名	

患者情報 (わかる範囲でお書き下さい)

性別	男・女	年齢	歳	医療区分		要介護度			
(状態)	人工呼吸器	・	気管切開	・	胃ろう	・	重度認知症	・	人工透析

性別	男・女	年齢	歳	医療区分		要介護度			
(状態)	人工呼吸器	・	気管切開	・	胃ろう	・	重度認知症	・	人工透析