

新潟市介護サービス共通連絡票

患者氏名： 様	性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
生年月日： <input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日	年齢： 歳

※施設ご担当者様へ

貴施設を利用にあたり必要な検査がありましたら、利用者様にお渡し前に にチェックをお願いします。

※紹介元ご担当医様へ

のチェック以外のものについては、わかる範囲でご記入ください。

<input type="checkbox"/> 胸部 X-P所見		<input type="checkbox"/> 心電図所見
		(年 月 日撮影)
<input type="checkbox"/> アレルギー		<input type="checkbox"/> その他の検査 (最近の検査データがありましたら添付してください)
<input type="checkbox"/> HCV抗体：	<input type="checkbox"/> HBs 抗原：	<input type="checkbox"/> MRSA：
<input type="checkbox"/> 梅毒反応： <input type="checkbox"/> ワ氏 TPHA		

上記のとおりご連絡いたします。

令和 年 月 日

医療機関の
所在地及び名称
電話番号
医師氏名