

連絡先 TEL 048-614-8868 (直通) FAX 048-773-4545 担当MSW ( )

基本情報	氏名 (カナ) <input type="checkbox"/> 診情に記載あり	( )
	生年月日 / 性別 <input type="checkbox"/> 診情に記載あり	S・H 年 月 日 (才) 男・女
	住所等 (施設名) <input type="checkbox"/> 診情に記載あり	
	原疾患 <input type="checkbox"/> 診情に記載あり	糖尿病性腎症 ・ 腎硬化症 ・ 慢性糸球体腎炎 その他 ( )
	透析導入日 <input type="checkbox"/> 診情に記載あり	S・H・R 年 月 (年 ヶ月)
	導入施設 (シャント造設施設)	上尾中央総合病院 ・ その他 ( )
	家族構成 (キーパーソン)	
	保険の種類	国保 ・ 後期 ・ 生保 ・ 社保
	身障 ・ 特定疾病	申請済み ・ 申請中 ・ 未申請
	無料送迎希望	有 【 自立・車いす送迎 ( 本人所持・申請中 ) 】 ・ 無
	希望クール	<input type="checkbox"/> 月・水・金 AM <input type="checkbox"/> 月・水・金 PM
		<input type="checkbox"/> 火・木・土 AM <input type="checkbox"/> いつでも可
	ADL	自立 ・ 車いす (立位可) ・ 車いす (立位不可)
	認知症 / 精神疾患	有 ( ) ・ 無
感染症	C型肝炎 ・ B型肝炎 ・ 梅毒 ・ その他 ( )	
介護保険		申請済み ・ 申請中 ・ 未申請
	介護度	自立 (非該当) / 支1・支2 / 介1・介2・介3・介4・介5
	ケアマネジャー	事業所名 ( ) 担当者名: ( ) 連絡先 ( - - ) ・ 調整中 ・ 無
	介護保険サービス・障害福祉サービス (該当に○をつける)	有 ( ) ・ 無

※ 面談希望日 (日付・時間帯、複数候補可)

希望クリニック	西大宮 ・ 上尾腎 ・ 桶川腎 ・ どこでも可
備考 (追加情報)	※添付資料 <input type="checkbox"/> 診療情報提供書 <input type="checkbox"/> 検査データ等 見学時の送迎希望 有・無
	西大宮 TEL 048-621-3811 FAX 048-622-8510 上尾腎 TEL 048-779-6060 FAX 048-779-6066 桶川腎 TEL 048-789-5151 FAX 048-787-5501