

受診患者様情報

受診前にこの用紙に記載し、地域連携室へFAXをお願いします。

受診患者様情報はご持参ください。

FAX番号 0845-24-XXXX

貴施設名

記載者名

希望診療科

電話番号

令和 年 月 日

診察券番号						当院職員のサポート <input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要		
フリガナ								
氏名	生年月日	T・S	年	月	日	性別	男	女
住所	電話番号		携帯番号					
キーパーソン	続柄()	電話番号	携帯番号					
既往歴(大きな病気のみ)			受診の目的(いつから、どんな状態ですか) ()月()日()時頃から					
内服薬(別紙参照) (自己管理・一部介助・全介助)								
最終バイタルサイン	℃	アレルギー	無・有()					
T=		酸素	無・有()	理解力	無・有			
P=	回/分	要介護度	<input type="checkbox"/> 申請中	<input type="checkbox"/> 区分変更中	要支援		1	2
R=	回/分		要介護	1	2	3	4	5
BP=	mmHg							
SPO2=	%							
ADL	自立	見守り	一部介助	全介助	必要と思われる部分について記入して下さい。			
移動方法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 杖使用 <input type="checkbox"/> 歩行器使用 <input type="checkbox"/> 装具・補助具使用 <input type="checkbox"/> ストレッチャー			
口腔清潔	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	義歯: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
食事	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 治療食 (<input type="checkbox"/> 糖尿病食 <input type="checkbox"/> 腎臓病食 <input type="checkbox"/> 高血圧食 <input type="checkbox"/> その他)			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	主食: <input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> ミキサー		水分: <input type="checkbox"/> とろみ剤使用 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	副食: <input type="checkbox"/> 通常 <input type="checkbox"/> 一口大 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> 極小刻み <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> とろみ付き			
更衣	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	注意事項			
入浴	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	注意事項			
排泄	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	場所: <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> オムツ			
療養上の問題	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 不穏 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 危険行為 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 意思疎通困難 <input type="checkbox"/> その他()					
医療処置	<input type="checkbox"/> バルーンカテーテル()Fr 最終交換日() <input type="checkbox"/> ストマ <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> その他()							
連絡事項・その他								

日中の場合はFAXのみで結構です。

緊急性がある場合はお電話でご連絡ください。

<日中連絡先> 地域医療連携室

TEL 0845-(24)-2825 (内線510)

直通

FAX 0845-(24)-XXXX

<夜間> 17時以降、休日はお電話をしてください。

TEL 0845-(24)-1210(代)