

# 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 0845-23-6021

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 歳			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=	°C		酸素		無・有( )		理解力		無・有	
P=	回/分		要介護度		□申請中 □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"/>	□車椅子 □杖使用 □歩行器使用 □装具・補助具使用 □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: □有 □無					
食事	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	□普通食 □治療食 (□糖尿病食 □腎臓病食 □高血圧食 □その他)					
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	主食: □米飯 □全粥 □ミキサー		水分: とりみ剤使用 □有 □無			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	副食: □通常 □一口大 □刻み □極小刻み □ミキサー □とりみ付き					
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: □トイレ □ポータブル □尿器 □オムツ					
療養上の問題	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	□幻視・幻聴 □興奮 □不穏 □妄想 □暴力 □介護への抵抗 □昼夜逆転 □不眠 □徘徊 □危険行為 □不潔行為 □意思疎通困難 □その他( )							
医療処置	□バルーンカテーテル( )Fr 最終交換日( ) □ストマ □喀痰吸引 □褥瘡 □胃ろう □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)-1244(直通)  
FAX 0845-(23)-6021

<夜間> 17時以降、休日はお電話をしてください。  
TEL 0845-(24)-1210(代表)