

医療法人 山下病院 宛

住所： 〒491-8531

一宮市中町1丁目3番5号

TEL： 080-4941-7125 (患者支援センター)

FAX： 0586-47-1845 (地域医療連携室)

紹介元医療機関の所在地及び名称

医療機関名：

住所： 〒

TEL：

FAX：

※かかりつけ医からの診療情報提供書と本状をご一緒にFAXお願いいたします。

フリガナ 患者氏名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 (歳)
住所				電話番号	
傷病名：					年 月 日発症
既往歴：					
入院面談希望日：	第一希望	年 月 日	第二希望	年 月 日	
キーパーソン	： (続柄)	氏名：	TEL：	()	-
退院先	： <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設 ()				
介護認定または社会保障制度利用状況：	<input type="checkbox"/> 要支援	<input type="checkbox"/> 要介護	<input type="checkbox"/> 身障手帳		
	<input type="checkbox"/> その他 ()				
ケアプラン作成事業所：	名称 ()	担当者 ()	電話番号 ()		
訪問看護ステーション：	名称 ()	担当者 ()	電話番号 ()		
医療行為	<input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 痰吸引 (頻度：) <input type="checkbox"/> 麻薬の管理 <input type="checkbox"/> 褥瘡処置 (部位：) <input type="checkbox"/> 在宅酸素 (流量： ℓ/min) <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> その他 ()				
薬の内容	<input type="checkbox"/> 診療情報提供書参照 <input type="checkbox"/> お薬手帳のコピー <input type="checkbox"/> ()				
移動	<input type="checkbox"/> 歩行 (<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器具 ()) <input type="checkbox"/> 車いす (<input type="checkbox"/> 自走 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助) <input type="checkbox"/> 寝たきり (マットレスの種類)				
排泄	日中： <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> 尿カテーテル 夜間： <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> 尿カテーテル <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 膀胱ろう <input type="checkbox"/> その他 ()				
入浴	<input type="checkbox"/> 一般浴 <input type="checkbox"/> 機械浴 <input type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> 清拭 (<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助)				
食事	<input type="checkbox"/> 嚥下障害あり <input type="checkbox"/> 嚥下障害なし <input type="checkbox"/> 経口摂取 (<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助) <input type="checkbox"/> 食事形態 () <input type="checkbox"/> とろみあり (水分のみ) <input type="checkbox"/> 食事にとろみあり				
身体症状等	<input type="checkbox"/> 言語障害 <input type="checkbox"/> 認知機能障害 () <input type="checkbox"/> 問題行動あり (<input type="checkbox"/> 大声 <input type="checkbox"/> 危険行動 <input type="checkbox"/> 徘徊)				
感染症	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()				
部屋の希望	<input type="checkbox"/> 多床室 <input type="checkbox"/> 個室				
その他	<input type="checkbox"/> ケアの注意点 ()				