

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 (地域医療患者支援センター)

FAX：0586-22-9375

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
住所			電話番号	月 日 ( 歳)
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 ( )			