

患者紹介シート

送付先: 安佐医師会病院

(FAX: 082-815-2371)

〒731-0223

広島市安佐北区可部南二丁目1-38

TEL: 082-555-2956 地域連携室

(代表: 082-555-2700)

発信元

電話: / FAX:

担当者: ()

わかる範囲でご記入ください。なお、医療機関の方は*箇所のご記入をお願いします。

紹介目的 リハビリテーション 治療継続 療養環境を整える レスパイト 緩和ケア

入院日:

作成日:

ふりがな			生年月日	年	月	日	年齢	歳	性別	男・女	身長:	cm	/	体重	kg		
氏名			電話	家族構成(家族に年齢を記入してください)													
住所			携帯														
キーパーソン	氏名	続柄	住所	電話番号													
	①																
	②																
世帯構成	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 夫婦のみ <input type="checkbox"/> 夫婦と子 <input type="checkbox"/> 本人と子 <input type="checkbox"/> その他()																
*入院前の生活場所	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 老人保健施設 <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム・サ高住等 <input type="checkbox"/> その他 (施設名称:)																
住環境	<input type="checkbox"/> 持ち家 <input type="checkbox"/> 賃貸 <input type="checkbox"/> 戸建て <input type="checkbox"/> 集合住宅(階) エレベーター <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし																
*入院前日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> IIa	<input type="checkbox"/> IIb	<input type="checkbox"/> IIIa	<input type="checkbox"/> IIIb	<input type="checkbox"/> IV	<input type="checkbox"/> M	職業	<input type="checkbox"/> あり()								
現在の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> IIa	<input type="checkbox"/> IIb	<input type="checkbox"/> IIIa	<input type="checkbox"/> IIIb	<input type="checkbox"/> IV	<input type="checkbox"/> M	かかりつけ医									
要介護認定	<input type="checkbox"/> 事業対象者 <input type="checkbox"/> 要支援() <input type="checkbox"/> 要介護() <input type="checkbox"/> 申請中(申請日:) <input type="checkbox"/> 区分変更中 <input type="checkbox"/> 未申請																
居宅介護支援事業所等											担当介護支援 専門員・相談員等			連絡先			
保険情報	<input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> 後期高齢 <input type="checkbox"/> 生保 <input type="checkbox"/> 原爆 <input type="checkbox"/> 重度医療 <input type="checkbox"/> 特定医療(指定難病) <input type="checkbox"/> その他()																
障害認定	身体	<input type="checkbox"/> 1級	<input type="checkbox"/> 2級	<input type="checkbox"/> 3級	<input type="checkbox"/> 4級	<input type="checkbox"/> 5級	<input type="checkbox"/> 6級	<input type="checkbox"/> 7級	障害名:								
	療育	<input type="checkbox"/> (A)	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> (B)	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> 精神	<input type="checkbox"/> 1級	<input type="checkbox"/> 2級	<input type="checkbox"/> 3級								
主たる病名																	
経過											医療処置	<input type="checkbox"/> 末梢点滴 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 吸引(回/日) <input type="checkbox"/> 血糖測定 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 酸素療法(L) <input type="checkbox"/> ストーマ <input type="checkbox"/> その他					

