

医療法人 山下病院 宛

(地域医療患者支援センター)

住所：〒491-8531

一宮市中町1丁目3番5号

TEL：080-4941-7125

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：

※ご記入いただいた個人情報は、当院の診療以外の目的で使用することはありません

**※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<br>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<br>月 日 ( 歳) |
| 住所                                 |  |   | 電話番号     |   |
| 傷病名：                               |  |   |          | 年 月 日発症   |
| 既往歴：                               |  |   |          |   |
| 入院希望日： <input type="checkbox"/> 至急 | 年 月 日  | ～   | 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 ( )  | <input type="checkbox"/> 入所時に使用可能な金額 ( 万/月)           |          |   |
| 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"/> 新規申請中 <input type="checkbox"/> 区変中 ( / )  | →認定調査日 ( )  |          |   |
| 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 ( 回/日 ) <input type="checkbox"/> 麻薬の管理<br><input type="checkbox"/> 褥瘡処置 (部位： ) <input type="checkbox"/> 在宅酸素 (流量： ℓ/min)<br><input type="checkbox"/> 胃管留置 (挿入日： / Fr) <input type="checkbox"/> 点滴 (末梢・CV・皮下・PICC・CVポート)  |   |          |   |
| 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 <b>※必ずFAXをお願いいたします</b><br><input type="checkbox"/> 定期的な注射施行中 (種類： → 週毎) <input type="checkbox"/> 高額・特殊な薬がある   |   |          |   |
| 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 ( )<br><input type="checkbox"/> 車いす ( <input type="checkbox"/> 自走 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 )<br><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<br>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<br><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<br><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)<br><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 (HDS-R 点) <input type="checkbox"/> 難聴 (R・L→補聴器有・無)<br><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・離院歴 <input type="checkbox"/> 抑制・介護服着用中   |   |          |   |
| 部屋の希望                              | ※ 基本部屋代無料の為、 <b>当院判断で部屋を決定いたします。</b> (個室又は大部屋：選択不可)<br><input type="checkbox"/> <b>有料 (3300円/日) でも個室を希望</b> する場合は <input type="checkbox"/> をお願ひします   |   |          |   |
| 感染症・その他                            | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( ) <input type="checkbox"/> その他 ( )   |   |          |   |