

受診・入院・転院患者情報用紙

この情報用紙は診療情報提供書と共にFAX又は郵送お願い致します。
 また最新の採血データ、画像データ(CD-R)など郵送で情報提供頂けると幸いです。
 ご不明な点等ありましたら、地域医療連携室までお問い合わせ下さい。
 お手数をお掛け致しますがよろしくお願い申し上げます。

ふりがな	記載日	年 月 日
氏名:	現在のPS	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
生年月日:	「移動」	
性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ストレッチャー	
「病名告知」 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 本人・家族 <input type="checkbox"/> 家族のみ <input type="checkbox"/> その他	「移乗」	
「主治医の予後予測」 <input type="checkbox"/> 1ヵ月以内 <input type="checkbox"/> 1~3ヵ月 <input type="checkbox"/> 3ヵ月以上()	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
「予後告知」 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 本人・家族 <input type="checkbox"/> 家族のみ <input type="checkbox"/> その他()	「栄養」	
「緩和ケアの認知」 <input type="checkbox"/> 知っている <input type="checkbox"/> 知らない <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 経口 (<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助) <input type="checkbox"/> 経管栄養 (<input type="checkbox"/> 胃管 <input type="checkbox"/> PEG <input type="checkbox"/> PTEG) <input type="checkbox"/> 絶食 (<input type="checkbox"/> 点滴)	
「受診、入院・転院の説明と理解」 (※上記に補足あれば記載して下さい)	「排泄」	
	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> トイレ介助 <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 尿カテーテル <input type="checkbox"/> ストマ	
「家族」 後見人: 続柄 <input type="checkbox"/> 夫 <input type="checkbox"/> 妻 <input type="checkbox"/> 子ども <input type="checkbox"/> その他()	「意思疎通」	
「継続中のケア・申し送り事項」	意識障害 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 認知症 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 見当識障害 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 せん妄 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 睡眠障害 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
	「身体状況」	
	言語障害 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 聴力障害 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 視力障害 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 麻痺 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
	「その他」	
「経済的不安」 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ※事前にご相談下さい。	<input type="checkbox"/> CVポート <input type="checkbox"/> CVカテーテル <input type="checkbox"/> PICC <input type="checkbox"/> 酸素 カメラ() <input type="checkbox"/> マスク() <input type="checkbox"/> サクション(<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) <input type="checkbox"/> シリンジポンプ <input type="checkbox"/> エアマット <input type="checkbox"/> その他 ()	
「保険情報」※保険証のコピー等の添付でも可能		
保険者番号・記号・番号		
公費種別・受給者番号		
記載者:	「介護保険」	
連絡先:	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 申請中 要支援 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 要介護 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	

札幌清田病院 地域医療連携室

FAX 011-883-8221

TEL 011-883-6114