

診療情報提供書 (在宅患者一時入院)

様式 1

年 月 日

(宛先)
西尾市民病院
地域医療連携室

住 所			
病院 施設名			
医師名			
TEL			FAX

希望日 令和 年 月 日 ~ 日間 希望

フリガナ		性 別	年 齢	生 年 月 日
患者名		男・女		
住 所				
電話番号				
自宅 :	()			
携帯 :	()	続柄・お名前(.)
ケアマネジャーの有無	あり(事業所名:)・なし			
訪問看護師の有無	あり(事業所名:)・なし			
傷病名				
認知症・危険行動の有無	認知症:あり()・なし			
	危険行動:あり()・なし			
必要とされる医療行為	<input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> 痰吸引 <input type="checkbox"/> 褥瘡処置 <input type="checkbox"/> 経管栄養 (<input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 腸瘻) <input type="checkbox"/> その他()			
身体状況	<input type="checkbox"/> 寝たきり状態 <input type="checkbox"/> 車いす乗車可能 <input type="checkbox"/> 歩行可能			
治療経過・検査結果・処方など				