

病 診 情 報 用 紙

年 月 日

紹介元医療機関

担当

様

フリガナ					
氏名		(旧姓)		性別	男 ・ 女
生年月日	大正 ・ 昭和 ・ 平成 ・ 令和	年	月	日生	歳
フリガナ					
住所					
電話番号	()	—	携帯	()	—

傷病名及び主訴				
診療科				
ADL	歩行 可 ・ 不可 ・ 車いす	バイタル サイン	熱 度	
	身の回り 可 ・ 不可 ・ 介助		脈拍 回	
	トイレ 可 ・ 不可 ・ ポータブル		血圧 /	
	食事 可 ・ 不可 ・ 介助		Spo2 %	酸素 有 ・ 無
その他情報	★肝障害 無 ・ 有 ★腎障害 無 ・ 有			
	★人工呼吸器 無 ・ 有			
介護度	<input type="checkbox"/> 要支援 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2以上 <input type="checkbox"/> 未申請・申請中			
認知症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	〔 症状 〕	意思疎通 可 ・ 不可	
			危険行動 無 ・ 有	
			迷惑行動 無 ・ 有	
感染症	MRSA + ・ - ・ 検査未	HCV + ・ - ・ 検査未		
	ESBL + ・ - ・ 検査未	HIV + ・ - ・ 検査未		
家族の協力	可 ・ 不可	キーパーソン:	(TEL:)	
部屋希望	有料個室希望 無 ・ 有 (※結核の場合は希望できません)			
	個室がない場合の有料個室 可 ・ 不可			
搬送方法				
コロナ検査	未 ・ 済 (/)			
★当センターに転院し、治療終了後に貴院への転院 可 ・ 不可				
保険	健康保険 ・ 生活保護 ・ 労災 ・ その他			
当センター受診歴	無 ・ 有 (ID)			
患者状況	<input type="checkbox"/> 外来患者 自宅待機 ・ 貴院待機中			
	<input type="checkbox"/> 入院患者			