

宮崎県立延岡病院 患者支援センター FAX送信書

※FAX送信票不要です

県立延岡病院 患者支援センター
〒882-0835
宮崎県延岡市新小路2丁目1-10

TEL (代表) 0982-32-6181 FAX (患者支援センター) 0982-32-6150

《 患者連絡票 》

		転院依頼診療科	
フリガナ		医療機関名	診療科
患者氏名		様	
生年月日： 年 月 日		年齢： 歳	性別（男・女）
到着日・時間	年 月 日（ ）曜日		到着時間（ : ）頃
来院時移動手段	<input type="checkbox"/> 自家用車 <input type="checkbox"/> 介護タクシー <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> タクシー <input type="checkbox"/> 公用車 <input type="checkbox"/> 救急車 <input type="checkbox"/> ドクターヘリ <input type="checkbox"/> その他（ ）		
	来院時同伴者 <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 家族（関係： ） <input type="checkbox"/> その他（ ）		
身体 状 況	ADL	移動	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> ストレッチャー <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> その他（ ）
		排泄介助	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> ベッド上排泄 <input type="checkbox"/> オムツ使用 <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ
		食事介助	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> セッティングのみ 食事内容（ ）
		麻痺	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 （部位： ）
	精神面	認知症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 意思疎通 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可
		精神疾患	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 病名：（ ） 問題行動 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
	身体拘束	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 内容：（ ）	
	アレルギー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 内容：（ ）	
感染	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 （ ）		
医 療 処 置	点滴	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 末梢 <input type="checkbox"/> 中心静脈 <input type="checkbox"/> パッド <input type="checkbox"/> ロック <input type="checkbox"/> 輸液ポンプ <input type="checkbox"/> シリンジポンプ	
	褥瘡	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 部位：（ ）	
	酸素	<input type="checkbox"/> 酸素（常時・適時 L/分） <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 人工呼吸 <input type="checkbox"/> 非侵襲的人工呼吸	
	その他	<input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 経管栄養（経腸・経鼻・胃瘻） <input type="checkbox"/> ドレーン（ ）	
<input type="checkbox"/> 膀胱留置カテーテル <input type="checkbox"/> 膀胱瘻 <input type="checkbox"/> 腎瘻 <input type="checkbox"/> 痰吸引 <input type="checkbox"/> その他（ ）			
介護保険利用状況	介護保険 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（要支援 ・ 要介護 ）		
	サービス内容：（ ） 担当ケアマネ（ ）		
個室希望	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 （特室・ 個室・ 2人室）※ご希望に添えない場合もあります。		
	※1日当たり差額を参照ください。特室（¥12100）個室（¥5500）2人室（¥1430）		
<input type="checkbox"/> 上記内容について、宮崎県立延岡病院に情報提供することに同意を得ています。			

記入日：

記入者氏名：