

転院連絡票

送信先 岩手県立一戸病院 地域医療福祉連携室
 FAX 0195-33-3168
 TEL 0195-33-3101(内線1276)

病院名 _____ 診療科 _____ 主治医 _____
 連絡先 住所 _____ TEL _____ FAX _____
 記入日 平成 年 月 日 記入者名 _____ 職種 _____

基本情報	ふりがな			<input type="checkbox"/> 明 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 昭
	患者氏名	様 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年 月 日生()才	
	患者住所			
	電話番号	()		
	保険情報	貴院カルテの表紙コピーを添付願います		
	キーパーソン	様 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	続柄:	
	住所			
連絡先	()			
転院理由 (<input type="checkbox"/> 回復期リハ <input type="checkbox"/> 療養 <input type="checkbox"/> 精神科的治療 <input type="checkbox"/> その他)				
希望する退院先		本人 (<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 未確認 <input type="checkbox"/> その他)		
		家族 (<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 未確認 <input type="checkbox"/> その他)		
転院希望日 平成 年 月 日 ()				
個室希望 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		当院医師への連絡 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(医師氏名)		

添付するものに☑をお願いします。

カルテ表紙 診療情報提供書

カシオペア連携情報共有シート ※左記を添付される場合は、下記の記入は不要です。

医療情報	入院年月日	平成 年 月 日～
	主病名	
	他の病名	
	意識障害	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(JCS: I <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 II <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 20 <input type="checkbox"/> 30 III <input type="checkbox"/> 100 <input type="checkbox"/> 200 <input type="checkbox"/> 300)
	麻痺	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有部位: ()
	歩行	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <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)
	排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> 管留置)
	食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 食形態 主食() 副食() 摂取量 <input type="checkbox"/> 全量 <input type="checkbox"/> 3/4~1/2 <input type="checkbox"/> 1/2~1/4 <input type="checkbox"/> 1/4以下 <input checked="" type="checkbox"/> その他()
	入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	認知症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (周辺症状:)
	気管切開	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
	喀痰吸引	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
	酸素	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
	経管栄養	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 胃瘻)
	褥瘡	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
感染症	<input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(種類: <input type="checkbox"/> HB <input type="checkbox"/> HVC <input type="checkbox"/> TPHA <input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> その他)	
介護情報	介護度	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 <input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 申請中(申請日: 月 日)
	担当ケアマネ	氏名: _____ 事業所名: _____ <input type="checkbox"/> 未依頼