

患者情報シート

記載日 年 月 日

紹介病院	担当者()	
電話番号	FAX	内線()

添付資料 診療情報提供書 ADL表

患者の基本情報（必須項目となります。添付資料に記載がない場合のみご記入ください。）

氏名	(必須) ●村 ●子 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日 (必須) 年 月 日生 () 歳
対象疾患名		
既往歴		
医療処置	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 酸素 <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 内服薬 <input type="checkbox"/> 創処置 <input type="checkbox"/> その他 ()	
感染症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (HCV HBS 梅毒 MRSA ESBL 他:)	
アレルギー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	
安静度	<input type="checkbox"/> ベッド上 <input type="checkbox"/> 車いす可 <input type="checkbox"/> 歩行見守り <input type="checkbox"/> フリー <input type="checkbox"/> 他 ()	
家族状況	キーパーソン【 様】続柄【 】	
部屋希望	<input type="checkbox"/> 4人床(差額なし) <input type="checkbox"/> 個室	

社会背景（わかる範囲内でお願ひします）

退院先予定	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 入院前施設 <input type="checkbox"/> 他施設 <input type="checkbox"/> 老健 <input type="checkbox"/> 特養 <input type="checkbox"/> その他 ()		
家族が望む ADL	例：トイレ排泄自立		
家族構成			
介護保険	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 要支援【 】 要介護【 】 <input type="checkbox"/> 申請中		
医療保険	<input type="checkbox"/> 国保()割 <input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> 労災 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療()割 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> その他 ()		

備考

入院中に他の医療機関を 受診する必要性	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (疾患名:)
自由記載欄	
居住地	市

医療法人財団慈生会 野村病院 地域医療連携室
電話 0422-47-4945 FAX 0422-47-4872