患者情報シート

記載日　　年　　月　　日

紹介病院：	担当者(　　)
電話番号：　　内線（　　）	FAX：

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 □男□女	生年月日 （必須）	年　　月　　日生　（　　）歳
対象疾患名			
既往歴			
居住地	市		

社会背景（わかる範囲内でお願いします）

退院先予定	□自宅　□入院前施設　□他施設　□老健 □特養　□その他（　　）
家族が望むADL	例：元々ADL自立⇒トイレ自立
家族構成	
家族状況	キーパーソン【　　様】　続柄【　　】
介護保険	□無　□有　要支援【　　】　要介護【　　】　□申請中（調査日　　）
医療保険	□国保(　)割　□社保　□労災　□後期高齢者医療（　）割 □生活保護　□その他（　　）

その他

感染症	□無　□有（ HCV　HBS　梅毒　MRSA　ESBL　他：　　）
アレルギー	□無　□有　（　　）
部屋希望	□4人床(差額なし)　□個室
自由記載欄	

2024.12.9修正

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