

患者情報票

発信先(施設名)

担当者名

本状を含み 枚

フリガナ		性別	年齢	生年月日
氏名		男 女		年 月 日
住所				
TEL		保険	有 ・ 無	
在宅算定項目	・在宅時医学総合管理料 ・施設入居時医学総合管理料 ・在宅がん医療総合診療料 ・その他在宅療養指導管理料()		かかりつけ医	紹介状(有 ・ 無)

※保険証の写し等を添付していただきますよう宜しくお願い致します。

症状及び悪化の経緯 ※今回の救急受診、転院に至った経緯など	どの様なところが心配で来院されましたか いつごろからですか、またはいつ気づきましたか いつもと違うところは何ですか				
	既往歴・手術歴 いつごろ(何歳のころ)、どのような病気で、どのような治療を受けられましたか				
	生活レベル	意志疎通	1.良好 2.認知症(軽度・中度・重度) 3.不可		
	食事	1.種類(食) 2.形態() 3.量(割) 4.経管栄養(経鼻・胃ろう)			
	移動手段	車いす・ストレッチャー・歩行可能	介護度	自立・見守・全介助	酸素 有 ・ 無

キーパーソン(治療の同意を得ることができる方)

氏名	続柄()		住所		
連絡先	自宅 TEL	携帯 TEL		職場 TEL	
家族連絡	済 ・ 未	来院予定日時			

※服用中のお薬の情報が分かる物(お薬手帳など)を持参して下さい。