患者情報用紙

ふ り が な

御相談いただいた、氏名　　様の、入院情報を、下記の項目チエックでお知らせいただければ幸いです。 宜しくお願いいたします。

＊この情報用紙は、診療情報提供書とともに返信お願いいたします。

＊最近の血液データ、画像ﾃﾞｰﾀｰも提供していただけると(FAX 又は郵送)幸いです。

＊ベット調整の都合で、急な転院を御案内することも有りますので御了承お願いいたします。

【病名】

【主訴】

【入院の説明】
□本人

□家族

□病室希望　　□なし
□個室　　一般病棟：税込み
2,100 円、3,150 円、5,250 円、
7,350 円、8,400 円

□２床室　1,050 円、3,150 円

□現在入院している病院名・入院病棟名

ＴＥＬ

□患者さんに関しての連絡先
①連絡先氏名（続柄）

ＴＥＬ

② 連絡先氏名（続柄）

ＴＥＬ

患者情報　　年　　月　　日現在

〈移動〉：□ベッド上 □車椅子 □歩行器使用
□自力立位可能 □杖使用 □独歩

〈栄養〉：□経管栄養（PEG・PETG・胃チューブ）
□IVH
経口摂取（□介助 □自力）

〈排泄〉：□ベッド上介助 □ポータブルトイレ
□バルーンカテーテル □ストマ
□介助でトイレ □自力

〈医療器具〉
酸素　　：必要 □無 □有　ｶﾇﾗ、ﾏｽｸ
サクション：必要 □無 □有
準備物品　：必要 □無 □有
□シリンジポンプ □エアマット □電動ベッド
□他（　　）

〈コミュニケーション〉
□難聴有
□視覚障害
□発声障害

〈意識〉
見当識障害：□無 □有（　　）
せん妄　　：□無 □有（　　）
睡眠障害　：□無 □有（　　）
認知症　　：□無 □有（　　）

要介護認定：　□済み　□未

結果：　□非該当 □要支援：　１　２
□要介護：　１　２　３　４　５

ＦＡＸ：011－817－5130　ＴＥＬ：011－812－2311　**東札幌病院　地域連携室**