入院･転院患者情報用紙

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ください

＊この情報用紙は、診療情報提供書とともに返信お願い致します。
＊最新の血液データー、画像データーも提供頂けると（FAX 又は郵送）幸いです
＊ベッド調整の都合で、急な転院を御案内することもありますのでご了承お願いします

ふ　り　が　な
氏名

【入院・転院の説明と理解】

□入院日

□現在入院中の病室
個室　多床室（　　人）
トイレ　（有　・無）

□病室希望
□無
□有　□個室　□2 床室

□継続中の患者ケア・申し送り事項

記載者 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

連絡先 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

患者情報　記入日　年　月　日

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

〈栄養〉
□経管栄養（PEG・PTEG・胃チューブ）
□CV カテーテル
□経口摂取（□介助 □自力）

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

＜使用している医療器具〉
□酸素　ｶﾇﾗ（　）ℓ　ﾏｽｸ（　）ℓ
□サクション
□シリンジポンプ　□輸液ポンプ
□エアマット　□電動ベッド
□CV ポート　機種番号：
（グローション・オープンエンド）
□他（　　）

〈コミュニケーション〉
難聴　：　□無　□有
視覚障害　：　□無　□有
発声障害　：　□無　□有

〈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　□未
【結果】　□非該当　□要支援：　1　2
□要介護：　1　2　3　4　5

FAX：011－817-5130　TEL:817-5120（東札幌病院地域連携室）　812-2311（代表）