

南昌病院 入院依頼 FAX 用紙

平成 年 月 日 送付

地域医療連携室 宛 **FAX : 019-697-5215** (TEL : 019-697-5211)

※この用紙の他に患者医療保険情報を添えて FAX をお願い致します

病院 (医院)

科 医師氏名

<患者氏名> 様 (男・女) 生年月日: 年 月 日

診断名及び症状:

発症 (受傷) 日: 平成 年 月 日

合併症: 高血圧症 糖尿病 高脂血症 心房細動

その他 ()

既往歴:

紹介目的:

<現在のADL>

1) 摂食: 自立 見守り 一部介助 全介助 経口摂取不可 (経管)

2) 排泄: 自立 一部介助 全介助

排泄用具: オムツ バルンカテーテル 尿器 ポータブルトイレ 車椅子トイレ

3) 歩行動作: 自立 見守り 一部介助 全介助 非実施

4) 移乗動作: 自立 見守り 一部介助 全介助 非実施

<食事内容> 現在摂取している食事の種類・形態・制限について

()

身長 () cm 体重 () kg

<不穏・問題行動の有無>

意識状態: JCS () GCS E: 開眼 () V: 発語 () M: 運動機能 ()

あり (徘徊行動 暴言・暴力行動 妄想・幻聴・幻覚行動

その他の行動 ()

予防対策: ミトン 抑制帯 離床センサー

なし

<挿入チューブの有無>

あり (PEG P-TEG 経鼻胃管チューブ バルンカテーテル

その他 ()

なし

<医療処置の有無>

あり (酸素投与 サクション 点滴 その他 ()

なし

<その他> 受診予定、家族状況等

()

<転院迎え>

必要 (車椅子 ストレッチャー) ※当院から迎えに行くことができない場合はご連絡致します

不要 (自家用車 介護タクシー)

記載日 平成 年 月 日 病棟 記録看護師 師長