

愛媛生協病院 医療福祉相談室宛

診療情報提供書とあわせて直通FAX（089）976-7048へ送信して下さい。診療情報提供 有 無
 頂きました情報を参考に、折り返しご連絡させていただきます。 受診時持参 有 無
 ※現在飲んでいるお薬の情報（お薬手帳など）もお願いします。

受診申込患者情報

紹介元機関 _____ 相談担当者 _____ 様 受診の緊急性 有 無
 _____ 様
 Tel _____ Fax _____ 受診希望日 H 年 月 日 ()
 申込日 H 年 月 日

ふりがな		性別	生年月日	歳
患者氏名	様	男・女	M・T・S・H	年 月 日
住所	TEL			
所属（施設 入所の方）	施設名： ・特養 ・老健 ・グループホーム ・有料老人ホーム ・ケアハウス ・サ付高齢者住宅 ・ショート ・その他			
主訴	(いつから・症状など)			
主病名（既往）		かかりつけ医		
最終バイタル / 時最終	(血圧) / (脈) /m (体温) °C (SPO2) % (酸素)	無	有	L
来院手段	・自家用車（施設車） ・介護タクシー（ ） ・救急車			
受診時同行者	氏名 家族 職員 家族付き添い無			
移動方法	・歩行 ・車いす ・ストレッチャー（ストレッチャーでお越しの場合は救急入口の案内になります。）			
保険情報 ※別紙あれば 記入不要	保険者番号	記号番号	本人・家族	負担 割
	公費等 負担者番号	受給者番号	限度額認定	
	生保・労災・自賠責（ ）			

※以下はお答えできればお願いします。

現在の状態 入院された場合はサマリーをお願いいたします。								備考		
介護度	要介護	5	4	3	2	1	要支援	2	1	
認知高齢者の 日常生活自立度	I	IIa	IIb	IIIa	IIIb	IV	M			
食事摂取	経口 ・自立・部分介助・全介助 経管栄養（鼻腔・胃瘻・ ）									
排尿	自立・トイレ・オムツ・カテーテル									
排便	自立・トイレ・オムツ									
意識状態	明瞭・不明瞭（JCS ）									
夜間の様子	良眠・不眠傾向・眠剤服用・大声を出す・いびき・徘徊・その他（ ）									
身体抑制	無・有（ ）									
精神症状等	無・有（ ）									
医療内容	酸素吸入（ L/分）・吸引器（頻度 ）									
	気管カニューレ・中心静脈栄養・末梢・他（ ）									