

在宅重症難病患者一時入院医療状況等情報提供書

一時入院施設 担当医 殿

医療機関名
所在地
医師の氏名
電話番号

ふりがな 患者氏名		生年月日	年 月 日生(歳)
住 所		電話番号	
疾 患 名			
病状経過及び検査結果 (MRSA 等の感染症を含む)			
患者のADL等 <u>食事</u> ：自立・部分介助・全介助・経管栄養・胃ろう <u>排泄</u> ：自立・部分介助・全介助 <u>コミュニケーション方法</u> ：口話・意思伝達装置・文字盤・その他 () <u>その他</u> ：			
合併症			
気管切開	<input type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> していない	人工呼吸器	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
人工呼吸器の 機種(種類)			
その他必要な 医療機器			
経管栄養の持込 服薬の持込 (現在の処方)	あり(内容)・なし あり(内容)・なし		
治療経過 (把握している範囲で記載)			
緊急時の対応			

* 情報提供の内容は最新のものでお願いします。