

受診依頼票 (FAX用)

(外来 ・ 入院)

令和 年 月 日

山形厚生病院 地域医療連携室 行

TEL) 023-645-8118

FAX) 023-645-8180

記入者

所属機関名 _____

職種 _____

氏名 _____

TEL _____

患者氏名	殿	男女	M T S 年 月 日 (歳)	
住所		TEL	()	
病名		入院日	年 月 日	
既往歴				
これまでの経過		家族構成		
		キーパーソン (続柄) 本人との関係 : 良好 ・ 不良 介護者		
介護保険認定状況	認定済み 介護度 () ・ 申請中 (年 月 日済み) ・ 未申請			
障害者手帳	無 ・ 有 () 手帳 ・ () 級			
認知症	(徘徊 ・ 異食 ・ 声出し ・ 介護抵抗 ・ 興奮 ・ 暴言 ・ 暴力 ・ 不潔行為 ・ 妄想) 具体的な症状			
ADL等	歩行	自立 ・ 一部介助 (杖 ・ 歩行器 ・ 車椅子) ・ 寝たきり		
	排泄	自立 ・ オムツ ・ Br ・ その他()		
	食事	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助	内容 : 普通 ・ 軟食 ・ 流動食	
		摂取状況 (良好 ・ 不良)	経管 : 鼻腔 ・ 胃ろう (造設日 済・予定)	
	疎通	話せる ・ 支障あり (明瞭でない ・ 失語症 ・ 気管切開)		
	麻痺	無 ・ 有 (部位 :)		
	褥瘡	無 ・ 有 (部位 :) 大きさ()		
特記事項				
その他	感染症	無 ・ 有 (ワ氏 ・ HBS ・ HCV ・ MRSA ・ 疥癬 ・ その他[]) ・ 不明		
	医療処置 (退院時予定)	点滴 (IVH : 無 ・ 有 、 ポート : 無 ・ 有) 、 酸素療法 、 経管 (鼻腔 ・ 胃ろう) 尿留置カテーテル 、 たん吸引 、 その他 ()		
主治医からの病状説明	有 (最終説明日 年 月 日) ・ 無			
	本人・家族の希望及び説明内容			
処方内容				
施設申請状況				

※検査データ添付 : 有 ・ 無