

在宅患者紹介用FAX送信票

医療法人社団爽秋会 地域医療連携室 行

F A X : 022-381-6776

電話番号 : 022-381-6777

貴施設名 :

診療科 : (入院中・通院)

御担当者名 :

連絡先番号 :

患者氏名 : ^{ふりがな} 様 (男・女) 生年月日 : 年 月 日 (才)

患者住所 : 電話番号 :

キーパーソン : 続柄 氏名 連絡先番号

介護保険 : 申請日 月 日 ・要介護度 : 要支援(1・2) 要介護(1・2・3・4・5)
訪問調査日 月 日 ・ケアマネージャー :

介護上の問題 :

在宅医療受け入れの状況 :

患者 :
家族 :

診断名 : ・がん診断日 : 年 月 日 (で診断)
・がん手術日 : 年 月 日

既往歴 :

感染症 : HBs抗原() HBs抗体() HBc抗体() HCV() TP() RPR() HIV()

アレルギー :

医療処置 : 酸素 L(カヌラ・マスク) フォーレ (/ 、 Fr)
点滴 (ポート・IVH・末梢・皮下)
薬剤内容 :
.
.
.
その他 (

内服薬 : 処方箋添付で可

病状認識と予後予測 :