

FAX 0463-81-1785

診療情報提供書(在宅療養患者短期入院)

国立病院機構 神奈川病院
医療連携担当医殿

平成 年 月 日

ふりがな 患者氏名 様 (男・女)	紹介 医療機関名
生年月日 M・T・S・H 年 月 日	住所
患者住所	電話番号
電話番号	FAX番号
緊急連絡先	医師氏名
入院希望日 第一希望 年 月 日 (日間)	印
第二希望 年 月 日 (日間)	
有料個室の希望 (希望する・希望しない)	検査結果の画像提供 (要・不要)
傷病名:	
紹介目的:在宅療養患者短期入院において、所要の検査(全身評価)を行うため	
既往歴、家族歴、症状経過、治療経過、留意すべき点など簡単に記載して下さい	
感染症 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有() アレルギー <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()	
現在の処方:	
備考:	

<入院時希望検査>

- CT検査 (頭部 ・ 胸部 ・ 腹部 ・ 骨盤 ・ その他)
 (依頼理由)
- MRI検査 (頭部 ・ 胸部 ・ 腹部 ・ 骨盤 ・ その他)
 (依頼理由)
- 心臓超音波検査(心エコー)
 (依頼理由)
- 超音波検査 (甲状腺 ・ 乳腺 ・ 腹部 ・ 骨盤 ・ その他)
 (依頼理由)
- 骨密度検査
 (依頼理由)
- その他検査
 (依頼理由)

<患者状況>

生活自立度	<input type="checkbox"/> ベッド上中心 <input type="checkbox"/> 座位中心(背もたれ 要 ・ 不要) <input type="checkbox"/> 介助歩行 <input type="checkbox"/> 自立歩行
栄養摂取	<input type="checkbox"/> 経管栄養(鼻腔 ・ 胃ろう) <input type="checkbox"/> 経口(自立 ・ 介助) <input type="checkbox"/> 点滴 *経管栄養の内容()
食事形態	主食(飯 ・ 粥 ・ ペースト ・ その他) 副食(普通 ・ 刻み ・ ペースト ・ その他)
排泄	<input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> 尿便器 <input type="checkbox"/> 膀胱カテーテル <input type="checkbox"/> 自立
意思伝達	<input type="checkbox"/> 会話可能 <input type="checkbox"/> 簡単な内容なら可 <input type="checkbox"/> 困難
精神症状	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(不潔行為 ・ 自己抜去 ・ 不穏 ・ 抑うつ ・ 意欲低下 ・ その他)
麻痺	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()
酸素	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(L/分)
吸引	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(約 回/日)
褥瘡	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()
看護師に配慮して欲しいこと(難聴、生活習慣等)	

※16時以降、土曜日、日曜日、年末年始、祝日のFAX受付分は、翌日速やかにお返事いたします

国立病院機構神奈川病院 地域医療連携室

受付時間 月曜日～金曜日 8時30分～16時00分(年末年始、祝日を除く)

住 所 〒257-8585 神奈川県秦野市落合666-1

電話番号 0463-81-1784 FAX番号 0463-81-1785