

在宅療養後方支援病院(大船中央病院)診療情報提供書(初回)

1 在宅療養を担当している医療機関

医療機関名等			
所在地	〒		
医師名			
電話番号① 日中		②夜間	
FAX番号			

2 登録患者情報

患者氏名	フリガナ		住所	〒			
連絡先	①日中	(続柄)	生年月日	年	月	日	
	②夜間	(続柄)	年齢	歳	性別	男 女	
	備考						

※大船中央病院 事務用 (記載不要)	受診歴	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	一般ID		在宅登録No.	
	(備考)					

ケアマネージャー	担当者名		事業所名	
	電話		備考	

診断名	
1	4
2	5
3	6

既往歴	
1	4
2	5
3	6

処方

・処置内容(あてはまるものに●)

<input type="checkbox"/> 点滴の管理	(<input type="checkbox"/> 末梢 <input type="checkbox"/> ポート <input type="checkbox"/> その他 ()
<input type="checkbox"/> 中心静脈栄養	<input type="checkbox"/> 酸素療法	<input type="checkbox"/> レスピレーター <input type="checkbox"/> 気管切開の処置
<input type="checkbox"/> 経管栄養	(<input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 腸瘻)	<input type="checkbox"/> 褥瘡の処置 <input type="checkbox"/> 吸引
<input type="checkbox"/> 軟膏処置	<input type="checkbox"/> 麻薬管理	<input type="checkbox"/> その他 (

・状態

<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 車いす	<input type="checkbox"/> 寝たきり	<input type="checkbox"/> 認知症の有無	(<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無)
-----------------------------	------------------------------	------------------------------	-------------------------------	---------------------------------	--

診療情報	
------	--