

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	有	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"/> 未梢 <input type="checkbox"/> ポート <input type="checkbox"/> その他 (<input type="checkbox"/>))							
<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 (<input type="checkbox"/>)							
・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							