

診療情報提供書

令和 年 月 日

大手前病院 在宅支援外来担当医師

紹介医療機関
住所 〒

TEL
FAX
医師名

印

フリガナ 患者氏名	
生年月日	明・大・昭・平・令 年 月 日生(才)
住 所	〒 TEL・自宅() - 連絡先() -
傷 病 名	
入 院 目 的	
希望入院期間	(日・週・月)
受診希望日	第1 (月 日) ・ 第2 (月 日)
A D L	自立 車椅子 (移動介助 要・不要) 寝たきり (食事介助 要・不要、 体動介助 要・不要)
同居家族	人数 名 (続柄) 主に介助されている方の続柄 ()
認知症 褥 瘡	なし・あり (軽度、中等度、高度) なし・あり
食事摂取時のむせ	なし・あり
肺炎の既往	なし・あり
既 往 歴	
要介護認定	なし・あり 要介護 1 2 3 4 5 要支援 1 2
退院後の療養希望先	自 宅 ・ 介護保険施設 ・ 病 院 ・ その他()
病状経過	:
現在の治療(処方内容、点滴、胃瘻、膀胱バルーン等の有無) :	
その他	