

受診連絡票

施設名:

記載日:

月

日

患者	氏名: <small>ふりがな</small>	性別: 男・女
	生年月日: 明治・大正・昭和・平成	济生会病院 ID:
キーパーソン	氏名: <small>ふりがな</small>	続柄:
	連絡先:	
かかりつけ医		

病状経過

バイタル: 熱() 脈() 血圧(/)

既往歴・家族歴	
処方内容	※おくすり手帳をご持参ください
アレルギー・禁忌	
急変時対応	積極的な治療 <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない ※ご家族の意向を記録している書面の持参をお願いします

移動動作	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> できない <input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> シルバーカー <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子
認知症	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 年相応 <input type="checkbox"/> あり
会話 会話の理解	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない
食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 食事形態()
排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> PWC <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> フォーレ <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 最終排便日 (/)
入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 全介助
その他特記事項	

記載者: 職種() 氏名()