

宮崎県立延岡病院 患者支援センター FAX送信書

※FAX送信票不要です

県立延岡病院 患者支援センター  
〒882-0835  
宮崎県延岡市新小路2丁目1-10

TEL (代表) 0982-32-6181 FAX (患者支援センター) 0982-32-6150

《 患者連絡票 》

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
| フリガナ   |  | 医療機関名  | 診療科  |
| 患者氏名   |  | 様  |  |
| 生年月日： 年 月 日  |  | 年齢： 歳  | 性別（ 男 ・ 女 ）  |
| 到着日・時間   | 年 月 日（ ）曜日 到着時間（ : ）頃  |  |  |
| 来院時移動手段  | <input type="checkbox"/> 自家用車 <input type="checkbox"/> 介護タクシー <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> タクシー<br><input type="checkbox"/> 公用車 <input type="checkbox"/> 救急車 <input type="checkbox"/> ドクターヘリ <input type="checkbox"/> その他（ ） |  |  |
|  | 来院時同伴者 <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 家族（関係： ） <input type="checkbox"/> その他（ ）  |  |  |
| 身体状況   | ADL  | 移動   | <input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> ストレッチャー <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> その他（ ）  |
|  |  | 排泄介助   | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> ベッド上排泄 <input type="checkbox"/> オムツ使用 <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ |
|  |  | 食事介助   | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> セッティングのみ  |
|  |  | 麻痺   | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（部位： ）  |
|  | 精神面  | 認知症  | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 意思疎通 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可  |
|  |  | 精神疾患   | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 病名：（ ） 問題行動 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有  |
|  | 身体拘束   | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 内容：（ ）   |  |
| アレルギー  | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 内容：（ ）   |  |  |
| 感染   | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ ）   |  |  |
| 医療処置   | 点滴   | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 末梢 <input type="checkbox"/> 中心静脈 <input type="checkbox"/> ヘパロック <input type="checkbox"/> 輸液ポンプ <input type="checkbox"/> シリンジポンプ |  |
|  | 褥瘡   | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 部位：（ ）   |  |
|  | 酸素   | <input type="checkbox"/> 酸素（常時・適時 L/分） <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 人工呼吸 <input type="checkbox"/> 非侵襲的人工呼吸   |  |
|  | その他  | <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 経管栄養（経腸・経鼻・胃瘻） <input type="checkbox"/> ドレーン（ ）   |  |
| <input type="checkbox"/> 膀胱留置カテーテル <input type="checkbox"/> 膀胱瘻 <input type="checkbox"/> 腎瘻 <input type="checkbox"/> 痰吸引 <input type="checkbox"/> その他（ ） |  |  |  |
| 介護保険利用状況   | 介護保険 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（要支援 ・ 要介護 ）<br>サービス内容：（ ） 担当ケアマネ（ ）   |  |  |
| 個室希望   | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（特室・ 個室・ 2人室）※ご希望に添えない場合もあります。<br>※1日当たり差額を参照ください。特室（¥11880）個室（¥5400）2人室（¥1404）   |  |  |
| <input type="checkbox"/> 上記内容について、宮崎県立延岡病院に情報提供することに同意を得ています。  |  |  |  |

記入日：

記入者氏名：