

診療・看護情報提供書(転医・入院予約用)

香川県立白鳥病院 宛

(FAX番号 0879-25-4323)

医療機関名	病院	
主治医・科・氏名	( 科 )	先生
電話番号 (内線)	—	—
FAX番号	—	—
担当者所属・氏名	地域連携室	様

希望診療科	科	希望医師名	医師
ふりがな 患者氏名		性別 男・女	
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日 生 ( 才 )	【感染症】 無・有 (HBV・HCV・MRSA・その他: )	

【病名】

【日常生活動作】

移動: 独歩 杖歩行 歩行器歩行 車椅子 シルバーカー ストレッチャー  
その他( )

移乗動作:自立 一部介助 ( ) 全介助 ( )

体位変換:介助無 介助有 (使用マット名 )

麻痺 :無 有 (□上肢/□右 □左、□下肢 /□ 右 □左 )

排泄状況:自立 一部介助 全介助 オムツ ポータブルトイレ 尿器 尿道カテーテル  
その他 ( )

食事:経口摂取 自立 一部介助( ) 全介助(嚥下状態等 )  
 経管栄養 経鼻 胃瘻 腸瘻 注入内容、量( )

【点滴】 無 有 ( )

【褥瘡】 無 有 (部位と大きさ )

【認知・精神状況】無 有(□物忘れ □徘徊 □夜間せん妄 □不穏 □昼夜逆転 □その他( ) )

【酸素】 無 有 ( )

【喀痰吸引】無 有 ( )

【処置】 無 有 ( )

【介護認定】無 要支援 要介護1 要介護2 要介護3 要介護4 要介護5 申請中

【介護サービス】受けていない 受けている ( )

【今後の方向性】在宅 施設 長期療養型病院 その他( )

【キーパーソン】( ) 続柄 ( )

【部屋】 大部屋 個室 どちらでも良い

白鳥病院記載欄

主治医		当日受付場所	中央受付
入院病棟	病棟	予 約	未 ・ 済
転医日・時間	平成 年 月 日 時	医事連絡	未 ・ 済
	直入 ・ 診察後 ・ 検査後	地域連携担当者名	

(注意) 救急車等で搬送の場合も正面玄関から搬入してください。

お問合せ先 : 香川県立白鳥病院 地域医療連携係 電話 0879-25-4321 (直通)

FAX 0879-25-4323 (直通)