

FAX03-3309-8152 / 電話03-3309-1111 (代表)

## 診療 (入院) ・ 転送依頼表

記入者名

所属

※下記の内容を分かる範囲でご記入下さい。不明箇所は未記入でも構いません。

どちらかに  
チェック

診療 (入院) 依頼	機関名 ( )	→	久我山病院	<input type="checkbox"/>
転送依頼	久我山病院	→	機関名 ( )	<input type="checkbox"/>

フリガナ			性別	生年月日	
氏名			<input type="checkbox"/> 男・ <input type="checkbox"/> 女	M・T・S・H	年 月 日 歳
かかりつけ医	<input type="checkbox"/> 有 (機関名 ) ・ <input type="checkbox"/> 無	受診歴	<input type="checkbox"/> 有 (ID ) ・ <input type="checkbox"/> 無		
主訴・状況	主病名				
	-----				
	到着予定時間 時 分頃				
バイタル	体温	血圧 (フラット プレッション)	/	脈拍 (プルズ)	
	呼吸 (レスピレーション)	SpO <sub>2</sub> (サチュレーション)		%	
既往歴					
処方	添付 <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 不明 内容 ( )				
検査データ	添付 <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無・未検 主要データ ( )				
ADL	歩行 ( <input type="checkbox"/> 自立・ <input type="checkbox"/> 一部介助・ <input type="checkbox"/> 車いす・ <input type="checkbox"/> ストレッチャー) 排泄 ( <input type="checkbox"/> 自立・ <input type="checkbox"/> 一部介助・ <input type="checkbox"/> 全介助)				
	食事 ( <input type="checkbox"/> 自立・ <input type="checkbox"/> 一部介助・ <input type="checkbox"/> 全介助) 聴力 ( <input type="checkbox"/> 聞こえる・ <input type="checkbox"/> 聞こえにくい・ <input type="checkbox"/> 聞こえない)				
	視力 ( <input type="checkbox"/> 見える・ <input type="checkbox"/> 見えにくい・ <input type="checkbox"/> 見えない) 意志疎通 ( <input type="checkbox"/> 疎通出来る・ <input type="checkbox"/> ある程度出来る・ <input type="checkbox"/> 出来ない)				
医療処置	<input type="checkbox"/> 経管栄養・ <input type="checkbox"/> 気管切開・ <input type="checkbox"/> 酸素療法 ( L) ・ <input type="checkbox"/> バルーン留置・ <input type="checkbox"/> 常時吸引				
認知症	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	問題行動	<input type="checkbox"/> 有 (内容 ) ・ <input type="checkbox"/> 無		
意識レベル	<input type="checkbox"/> クリア・ <input type="checkbox"/> JCS ( )		お付添い	<input type="checkbox"/> 有 (続柄 ) ・ <input type="checkbox"/> 無	
搬送方法	<input type="checkbox"/> 救急車・ <input type="checkbox"/> 民間救急・ <input type="checkbox"/> 介護タクシー・ <input type="checkbox"/> 自家用車・ <input type="checkbox"/> タクシー・ <input type="checkbox"/> 施設車両・ <input type="checkbox"/> その他 ( ) ※搬送方法の変更がある場合は必ず、ご連絡をお願い致します。				
室料支払可否	<input type="checkbox"/> 可 ( 円) 程度・ <input type="checkbox"/> 否				
備考/要望	-----				

医療介護相談センターを經由しての運用は平日午前9時～午後19時 / 土曜日午前9時～午後17時となります

※上記時間外でもお電話による診療 (入院) 相談はお受けしております。(03-3309-1111代表)

※久我山病院への診療 (入院) 相談の際にご使用下さい。

※ご記入いただいた情報を基に当院の現在の診療 (入院) 環境の確認をさせていただきます。

したがって、診療 (入院) をお約束するものではありません。あらかじめご了承下さい。