

患 者 情 報 連 絡 票

- 平日の日中、救急受診の際にFAXして下さい。
- 夜間、休日等は、今まで通り救急外来に電話して下さい

年 月 日

施設	施設名			(電話番号)
	担当者名			
患者情報	患者氏名			さどひまわりネット同意者区分 同意者 非同意者
	生年月日	明治 大正 昭和 平成 年 月 日 (才)		
	佐渡総合病院患者番号			
	通院医療機関名			
	病名 (既往歴)			
	処方内容			
	それまでの状態			
	介護保険施設を利用している理由			
	担当ケアマネジャー			(連絡先)
	要介護度	要支援 () 要介護 ()		
	障害高齢者の日常生活自立度	ランクJ () ランクA() ランクB () ランクC ()		
	認知症高齢者の日常生活自立度	自立 I II IIa IIb III IIIa IIIb IV M		
	リハビリ内容			
	キーパーソン			(連絡先)
	医療行為の範囲	1.褥瘡 2.吸引 3.ストーマ 4.膀胱留置カテーテル 5.胃瘻 その他 ()		
救急受診が必要になった経緯 (症状や状態)				
(備考)				

◆ 急な受診に備えて日常からおわりの範囲で準備しておくことをお勧めいたします ◆