

## 救急外来受診時情報提供書 (後方病院・施設用)

(様式2)

記入日 年 月 日

中東遠総合医療センター

\* 下記項目を分かる範囲でご記入ください

フリガナ		性別	生年月日			年齢	
患者氏名		男・女	M・T・S・H	年	月	日	歳
<b>その他医療情報</b>							
身長: cm							
ワクチン予防接種:							
①新型コロナ: 未接種・済(最終接種: 年 月 日) 回数(回目)							
②インフルエンザ: 未接種・済(最終接種: 年 月 日)							
褥瘡: なし・あり							
(部位: 処置内容: )							
<b>認知症の状況</b>							
認知症: なし・あり( )							
見当識障害: なし・あり							
せん妄: なし・あり							
徘徊: なし・あり							
その他症状: なし・あり( )							
<b>ADL等の状況、来院時の装着品</b>							
麻痺: なし・あり(部位: 程度: )							
食事形態: とろみなし・とろみあり							
嚥下状態: ムセなし・ムセあり							
義歯: なし・あり(総・部分: 上・下)							
補聴器: なし・あり(右・左)							
眼鏡: なし・あり							
アクセサリ: なし・あり(種類: )							
<b>介護保険等の状況</b>							
ケアマネージャー: なし・あり(事業所: 氏名: )							
<b>施設再入所条件</b>							
ADL、医療的な処置の有無など再入所の条件について記載ください							

情報の問い合わせ先:

記入者: (職種 氏名 )