

(様式3) (病床準備のため、可能な範囲で結構ですので下記の情報提供をお願い致します)

紹介入院時患者情報 (看護師用)

		記入年月日		年	月	日
氏名	生年月日 明・大・昭・平・令			年	月	日
	年齢	歳	性別	男 ・ 女		
住所			電話			
家族情報	キーパーソン： (続柄) 電話番号：					
現在の状況						
既往歴						
自立度 (成人のみ)	日常生活	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2	認知	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M		
準備が必要な医療器機						
看護情報						
感染症						
アレルギー情報						

【記載者】

医療機関名：		電話：	
所属部署：	職種：	氏名：	

(尚、転院時には貴院様式で看護の情報提供をいただけますよう準備お願い致します)

北見赤十字病院 医療社会事業部 地域医療連携室